Rok XXXIII. Kraków 24. Listopada 1894 r. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny.
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. K. KOSTANECKI: Wykład wstępny przy objęciu katedry anatomii opisowej we Wydziale lekarskim Uniw. Jagiell. (dokończenie). — II. ROSNER: W sprawie płodności kobiet z włókniakami macicy. — III. SZADEK: Kiła dziedziczna i wrodzona (ciąg dalszy). — IV. *Oceny i sprawozdania. Choroby zakaźne.* LANDAU: Błonica i jej leczenie (dokończenie). — PONIKŁO: Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym (ciąg dalszy). — *Chirurgia.* OBALIŃSKI: W sprawie zupełnego wykluczenia pętli jelitowej. — *Ginekologia.* WALZBERG: Zmniejszenie oporności ścian macicy. — PIEDECOCQ: Nagła śmierć osesków w skutek przerostu grasicy. — *Choroby umysłowe.* FREYMUTH: Przypadek dobrowolnie zadanego kalectwa. — *Zapiski terapeutyczne.* — V. Sprawy Towarzystw lekarskich. — Towarzystwo lekarskie krakowskie. — VI. *Wiadomości bieżące.* — VII. *Ogłoszenia.*

I.

WYKŁAD WSTĘPNY

Prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego

przy objęciu katedry anatomii opisowej we Wydziale lekarskim Uniw. Jagiellońskiego w d. 20. Października 1894.

(Według stenogramu).

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

II.

W tym pobieżnym szkicu chciałem Panom przedstawić dążności, jakie w ciągu lat zapanowały w badaniach anatomicznych. Oczywistą jest rzeczą, że gdyby chodziło o wykład anatomii w uniwersytecie bez żadnych ubocznych względów, musianoby koniecznie uwzględniać wszelkie zdobycze badań i wykładać anatomią ściśle naukowo a więc i w świetle najnowszych badań morfologicznych. Jeżeli zaś w ogóle roztrząsamy kwestyę metody we wykładach anatomii, to tylko ze względu na to, że wykład anatomii przeznaczony jest dla przyszłych lekarzy i że morfologiczny kierunek spotyka się właśnie z zarzutami, że jest zanadto teoretyczny, że za mało uwzględnia praktyczne potrzeby lekarzy.

Zarzut ten pochodzi przedewszystkiem z pewnego nieporozumienia, które należy usunąć i wyjaśnić, a mianowicie, chciałbym zwrócić uwagę na to, że zarówno jak historycznie zakreślić nie możemy ścisłych granic między kierunkiem opisowym, następnie fizyologicznym a wreszcie morfologicznym, tak samo i dzisiaj idąc za jednym kierunkiem, nie potrzebujemy a nawet nie możemy ignorować lub lekceważyć wyników innych kierunków. Kierunek morfologiczny nie wyklucza bynajmniej zdobytych przez anatomię opisowo-topograficzną lub przez fizyologię doświadczeń; przeciwnie morfologia uwzględnia wszystkie te wyniki i czerpie z nich również sposoby wytłómaczenia kształtów organizmu. Ale i opisowa i fizyologiczna anatomia poza pewne granice iść nie może i tam właśnie zaczyna się pole morfologicznego kierunku, który z anatomii porównawczej i z embryologii wysnuwa ogólniejsze prawa budowy organizmów i prawa te odnajduje także u człowieka. Tutaj rzuca morfologia światło na całe działy anatomii, które anatomia opisowa i fizyologia nadaremnie kusiłyby się wytłómaczyć.

Nie mówię już o tworach wadliwych, które tylko ze zboczeń w zawiłych przejściach embryologicznych wytłómaczyć się dadzą, ale i w prawidłowym organizmie ludzkim spotykamy cały szereg organów, do zrozumienia których nie wystarcza najwierniejszy i najściślejszy opis i wobec których doświadczenie fizyologiczne odmawia nam posłuszeństwa, mianowicie szereg t. zw. organów szczątkowych, organów, które wcale nie funkcyonują, które nie mają dla organizmu żadnego znaczenia a mimo to zachowują się z dziwną stałością. Dopiero anatomia porównawcza uczy nas, że mamy tu do czynienia z organami, które u niższych kręgowców istniały jako czynne, funkcyonujące części, następnie jednakowoż funkcyę swą zatraciły i skutkiem tego do pewnego stopnia zanikły. Tak n. p. dopiero morfologia wytłómaczyła nam istnienie szyszki mózgowej *(epiphysis cerebri)* wykazując, że mamy tu do czynienia z tworem bardzo dziwnym, który u gadów zaczął się wytwarzać jako trzecie nieparzyste oko a nawet budową swą prawidłowe ich oko bardzo przypomina i pewną, choć może bardzo ograniczoną funkcyę posiada, ale ją u wyższych kręgowców i u człowieka zatracił, skutkiem czego zanikł i dziś nawet budową pierwotnego swego stanu nie przypomina.

Dopiero przez wprowadzenie embryologii i anatomii porównawczej do anatomii ludzkiej zdołano w ogóle zrozumieć niektóre bardziej zawiłe jej części; tak n. p. przebieg błony otrzewnej *(peritoneum, bursa omentalis, omentum majus, foramen Winslowii, ligg. coronarium, suspensorium et teres hepatis* i t. d.), tak n. p. całą sprawę, którą nazywamy zstąpieniem jąder *(descensus testiculorum)*. Również wszelkie różnice między kręgami szyjnemi, piersiowemi, lędźwiowemi

i kręgami kości pacierzowej będą dla nas niezmiernie zrozumiałe i łatwo je spamiętamy, skoro uwzględnimy fakt przez anatomię porównawczą i embryologię stwierdzony, że i w części szyjnej, lędźwiowej i krzyżowej mamy także pierwotnie żebra, ale żebra szczątkowe, które z kręgami się zrastają. Również zrozumiemy dopiero na tej podstawie, dlaczego mamy u drugiego kręgu szyjnego długi wyrostek, *dens epistrophei* a natomiast u pierwszego wcale właściwego trzonu kręgowego, *corpus vertebrae*, nie spotykamy. A już w niektórych działach bez embryologicznej podstawy zupełnie obejść się nie możemy i jeżeli mi n. p. ktoś powie, że rozumie istotnie budowę mózgu bez uwzględnienia jego rozwoju, to otwarcie powiem, że mu nie wierzę.

A nawet anatomia topograficzna, której zwykle jako antytezę przeciwstawiają kierunek morfologiczny, znajdzie w morfologii wyjaśnienie niejednej zagadki.

Jakże n. p. inaczej, niż w porównawczo-embryologiczny sposób (z historyi rozwoju przepony) wytłómaczyć sobie przebieg nerwów przeponowych *(nn. phrenici)*, które muszą ze splotu szyjnego przebiegać przez całą klatkę piersiową, nim dojdą do swego miejsca przeznaczenia? W jakiż inny sposób wytłómaczyć sobie przebieg nerwów błędnych wzdłuż przełyku w niesymetrycznem położeniu? Zamiast przebiegać regularnie po obu stronach, przebiega lewy z nich przed, prawy zaś do tyłu poza przełykiem a wszystko to wywołane jest skręceniem żołądka podczas rozwoju embryonalnego. Albo i przebieg dolnego nerwu krtaniowego *(n. laryngeus inferior, recurrens)*, który przebiega w nerwie błędnym do klatki piersiowej, tam dopiero od niego się odczepia i tworząc pętlę pod łukiem tętnicy głównej z lewej, pod tętnicą podobojczykową z prawej strony wraca ku górze i zdąża aż do krtani.

Takich przykładów możnaby mnóstwo przytoczyć z samej anatomii człowieka dorosłego. Lecz zapytam się: gdzie się zaczyna człowiek dla anatomii, czy dopiero wówczas, gdy jest dorosłym? W anatomii dziecka a mianowicie w anatomii noworodka, która i dla praktycznego lekarza jest niezmiernie ważna, znajdujemy cały szereg tworów, których u człowieka dorosłego albo zupełnie nie, albo też w innej formie spotykamy a wytłómaczenie ich znajdziemy znów tylko w embryologii. Wspomnę przedewszystkiem cały szkielet dziecka, który w porównaniu ze szkieletem dorosłego człowieka jest jeszcze bardzo niekompletny i cały szereg różnic wykazuje, które tłómaczą się stopniowym jego rozwojem. Następnie wspomnę o *foramen ovale* w przegrodzie między przedsionkami serca, o *ductus Botalli* łączącym tętnicę główną z tętnicą płucną; zamiast *lig. teres* dorosłego człowieka mamy żyłę (*vena umbilicalis*), zamiast *ligg. vesico-umbilicalia lateralia* mamy tętnice (*artt. umbilicales*), zamiast ślepo kończącego się *processus vaginalis peritonei* mamy przewód łączący jamę otrzewny z jamą otaczającą jądro. Z tego połączenia wynika łatwość przepuklin u noworodków *(herniae congenitae)* i odmienne ich cechy anatomiczne w porównaniu z przepuklinami powstającemi w późniejszym wieku *(herniae acquisitae)*. Czyż nie jest to pierwszorzędnego znaczenia dla praktycznej chirurgii?

To też korzystny wpływ embryologii na wytłómaczenie różnych nie tylko zawilszych, ale i wielu zagadkowych kwestyj anatomicznych tak się uwydatnił, że dziś prawie już ogólnie przyznają embryologii prawo oddziaływania na anatomię. Ale opozycya dotyczy przeważnie rozszerzenia tego prawa także i na anatomię porównawczą i embryologię porównawczą. Tu jednak oświadczyć trzeba, że historya rozwoju samego człowieka (ontogeneza) nie wystarczałaby do wyjaśnienia a mianowicie dlatego, że w ciągu rozwoju embryonalnego napotykamy znów i to w wyższym jeszcze stopniu, aniżeli w organizmie wykształconym na każdym kroku cały szereg zagadnień, które dopiero wyjaśniają embryologia porównawcza i anatomia porównawcza (a więc filogeneza). Tak n. p. zanim spotykamy u człowieka inne pierwiastki szkieletu, mamy tylko podłużnie przez ciało jego przebiegającą strunę grzbietową *(chorda dorsalis)*. A przecież takiej struny grzbietowej u dorosłego człowieka już nie znajdujemy, nie znajdujemy jej nawet u najbliższych typów zwierząt, dopiero u najniższych ryb i u *amphioxus lanceolatus*. Dalej w ciągu rozwoju powstają na szyi ludzkiego zarodka szczeliny skrzelowe i leżące pomiędzy niemi łuki, które znajdujemy u zwierząt dorosłych dopiero wśród najniższych kręgowców, t. j. u ryb i niektórych płazów. U nich szczeliny i łuki skrzelowe są narządem oddechowym; u wyższych kręgowców czynność oddychania przechodzi na płuca a mimo to narządy skrzelowe występują w stanie embryonalnym a i potem nie zupełnie zanikają, ale nagromadzony materyał, który dla narządu oddechowego już jest zbyteczny, spożytkowany bywa w innym celu i z łuków skrzelowych wytwarzają się części szyi i twarzy. Dla wytłómaczenia tego objawu, przypomnieć sobie musimy prawo, na które więcej przykładów przytoczyćby można, że natura wierniej i konsekwentniej pracuje w kierunku morfologicznym, niż we fizyologicznym.

Ale jeszcze i tam, gdzie bezpośredniego praktycznego celu, wypływającego z objaśnień morfologicznych nie widzimy, posłużą nam one do łatwiejszego zrozumienia i tem samem spamiętania opisów anatomicznych. A zresztą i z tego względu zaniechać nam ich nie wolno, że nieraz naprzód przewidzieć nie możemy, jakie praktyczne skutki wywoła odkrycie na pozór czysto teoretyczne. Na potwierdzenie tego zdania przypomnijmy sobie, że pierwotnie czysto teoretyczne odkrycie komórki stało się potem podwaliną całej anatomii patologicznej a tem samem i praktycznej medycyny. I dzisiaj jeszcze „wszystkie główne zagadnienia naukowe medycyny spotykają się w badaniach nad objawami życia komórki zwierzęcej i roślinnej“ (Virchow). Cała bakteryologia tak niezmiernej dzisiaj nabierająca doniosłości jest tylko wynikiem czysto teoretycznych badań nad komórką.

Wykłady anatomii przeznaczone są dla słuchaczy medycyny przy samym wstępie do uniwersytetu i dlatego słyszymy nieraz przestrogi, aby umysłów ich zaraz w pierwszem półroczu nie obarczać i nie przeciążać naukowemi teoryami; — z tego także ukuto broń przeciwko naukowemu traktowaniu anatomii. Tutaj jednak muszę zwrócić uwagę na to, że nie jest to, mojem zdaniem, bynajmniej obarczanie umysłu, jeżeli każemy komuś zastanowić się nad tem i zrozumieć to, czegoby inaczej na pamięć uczyć się musiał; przeciwnie jest to, zdaje mi się, ułatwienie i uprzystępnienie a za prawdziwe obarczanie, mianowicie dla zdolniejszych, myślących umysłów, uważam pamięciowe przyswajanie sobie szeregu faktów nie powiązanych i niezrozumiałych. Właśnie dlatego, że przyszli lekarze słuchają anatomii zaraz w pierwszem półroczu i że sposób wykładu anatomii może mieć największy wpływ na umysły słuchaczy, powinniśmy zaraz na wstępie

nauk uniwersyteckich nauczyć ich myśleć i zastanawiać się nad tem, czego się uczą i ochronić ich od uczenia się na pamięć. I właśnie morfologiczny kierunek, który dopiero nadaje anatomii cechę naukową, będzie służył do kształcenia zdolności myślenia, do wyrabiania zmysłu krytycznego.

Tylko naukowe traktowanie przedmiotu, uwzględniające wyniki badań najnowszych, może rozbudzić zamiłowanie do niego, zainteresowanie się jego zdobyczami, pobudzić myśl w samodzielniejszym kierunku, przygotować i zachęcić słuchaczy do tego, aby się starali także sami wejść na niwę naukową i dorzucić choć mały przyczynek do postępu nauki. Na samodzielnej pracy polega cały postęp nauki i dlatego zaszczepiwszy w słuchaczach zamiłowanie jej, nawołując ich: „Szukajcie nowych, nieodkrytych dróg“ utrwalamy jej podwaliny i zapewniamy jej przyszłość, bo anatomia ludzka ze stanowiska morfologicznego nie jest, jak niektórzy mniemają, nauką skończoną, ale mamy w niej jeszcze cały szereg kwestyj nierozwiązanych i wśród postępu badań wyłaniają się wciąż nowe zagadnienia. I do anatomii ludzkiej stósuje się to, co do innych nauk, że jest niedościgniona w swych ostatecznych celach i niewyczerpana w swych zagadnieniach. Nie wolno nam pocieszać się myślą, że nie zrobimy czegoś my, to zrobią inni i że nauka i tak swoim torem pójdzie. Właśnie chodzi o to, abyśmy równym krokiem z innymi naprzód dążyli, bo w nauce każdy zastój jest cofaniem się wstecz.

Nauczywszy się myśląco uczyć i pojmować nauki biologiczne zaraz od samego początku łatwiej będziecie Panowie mogli i w innych działach nauki lekarskiej ze zrozumieniem pracować i łatwiej Panowie dojdziecie do tego, czego od Panów żądają, to jest, abyście byli myślącymi lekarzami. Tyle się o tem mówi, że lekarze powinni być koniecznie przyrodnikami, że cały postęp medycyny datuje się dopiero od czasu, kiedy lekarze nauczyli się nie tylko stósować wyniki nauk przyrodniczych do nauk lekarskich, ale i myśleć po przyrodniczemu, od czasu więc, jak duch przyrodniczy zapanował w medycynie; otóż z tego stanowiska nie może i cały dział morfologii być dla Panów obcym i niezrozumiałym.

Zresztą anatomii porównawczej i embryologii słuchacie Panowie osobno i tam słyszycie Panowie nieraz o znaczeniu, jakie te działy mają dla anatomii ludzkiej; ale zazwyczaj istotne zastósowanie i wysnucie tych praktycznych wniosków i konsekwencyj pozostawia się domyślności Panów. Otóż wobec niedość jeszcze w naukową metodę wdrożonego umysłu nazwałbym to właśnie żądaniem za śmiałem i zadaniem zbyt trudnem; czyż nie lepiej, że w samym wykładzie anatomii ludzkiej zrobi się to zestawienie i że te zdobycze z anatomii porównawczej i embryologii, które służą do lepszego zrozumienia i do rozświetlenia pojęć anatomicznych, rzeczywiście wprowadzimy do anatomii?

Ale i czysto teoretyczne kwestye, które znajdują oddźwięk w anatomii, dla lekarza-przyrodnika nie powinny być obojętne. Tak n. p. kwestya powstawania organizmów, kwestya powstania pierwszych tworów żyjących a więc życia w ogóle, kwestya dziedziczności, teorya wspólnego pochodzenia, teorya naturalnego doboru itp. to wszystko zagadnienia, obchodzące każdego inteligentnego i myślącego człowieka, lekarz zatem nie ma prawa od nich się uchylać, przeciwnie ma obowiązek zapoznać się z niemi bliżej.

I nawet jeśli nauczymy słuchaczy medycyny spoglądać szerzej na świat naukowy, uczestniczyć w dążeniu do poznania prawdy a nie wybierać tylko tego, co natychmiastową i bezpośrednią przynosi korzyść, będzie to niemałym dla nich pożytkiem.

W przyszłości przy łożu chorego zwątpicie Panowie nieraz o chorym, o swej wiedzy, zwątpicie Panowie o sztuce lekarskiej w ogóle; otóż na takie chwile wewnętrznego zwątpienia dobrze może jest unieść ze sobą z uniwersytetu zamiłowanie do zagadnień naukowych, upodobanie w dociekaniu niezmiennych praw przyrody, których zgłębianie daje człowiekowi prawdziwe wewnętrzne zadowolenie, bo go zbliża ku tej wielkiej drodze, po której nauka dąży do poznania prawdy. To zamiłowanie teoretycznych dążności będzie dla Panów nieraz osłodą, otuchą i niemałą pociechą w trudnym zawodzie, do jakiego się Panowie sposobicie.

Zdaniem mojem więc: nie p o m i m o to, iż anatomia przeznaczona jest głównie dla praktycznych lekarzy, a l e w ł a ś n i e z e w z g l ę d u n a n i c h musi wykładający anatomię ludzką żądać tego samego przywileju, z którego korzystają wszystkie inne nauki uniwersyteckie, to jest, aby mu było wolno uwzględniać wszystkie nowe wyniki badań, uwzględniać cały nowszy postęp nauki. Nie uroniwszy nic z wyników badań anatomii opisowo-topograficznej i fizyologicznej musi żądać prawa wprowadzenia w życie kierunku morfologicznego i postawienia w ten sposób wykładów na wysokości współczesnej nauki.

Kierunkowi bardziej teoretycznemu możemy zaś tem śmielej dozwolić wpływu na wykłady anatomii ludzkiej, że posiadamy cały szereg urządzeń z tymi wykładami związanych a mających cel wyłącznie praktyczny.

Takiemi środkami do ściśle praktycznego zapoznania się z budową ciała ludzkiego będą dla nas kursa topograficzno-anatomiczne, które, mam nadzieję, będę mógł od przyszłego roku dla Panów otworzyć, — przedewszystkiem zaś ćwiczenia w sekcyach anatomicznych. Tutaj będę się starał wszelkiemi sposobami o to, abyście się Panowie nauczyli sami dokładnie wszystko badać i obserwować i będę pilnował tego, abyście się Panowie istotnie sumiennie zapoznali ze szczegółami potrzebnemi w przyszłej lekarskiej praktyce. Być nawet może, że z tego powodu niektórzy zrobią mi zarzut, jakobym traktował ćwiczenia praktyczne nieco po szkolnemu; lecz zdaniem mojem, prosektoryum musi w praktycznym kierunku równoważyć bardziej teoretyczny wykład a więc musi uzupełniać to, co w teoretycznym wykładzie nie będzie uwzględnione lub też pobieżniej traktowane.

A teraz, gdy w pamięci przebiegnę raz jeszcze poprzednie uwagi, przychodzi mi mimo woli na myśl, że niejednokrotnie już walczono i piórem i słowem za szerszem uwzględnieniem kierunku morfologicznego w wykładach anatomii.

A jednak, gdy się rozejrzymy po zagranicznych uniwersytetach, rzadko gdzie znajdziemy dążenie to istotnie urzeczywistnione.

Powody tego objawu mogą być bardzo różne. Zapewniam Panów, że o ile one mnie dotyczyć mogą, będę się starał je usunąć; ale niechaj mi wolno będzie zwrócić uwagę jeszcze na jeden bardzo ważny powód. A mianowicie słucha-

cze sami zazwyczaj z pewnem uprzedzeniem przyjmują nowy kierunek wykładów i ich bierny, może bezwiedny opór jest do pewnego stopnia przeszkodą na nowej drodze. Bo młodzież uniwersytecka, której zwykle zarzucają zbyt postępowe dążności, jest pod tym względem niesłychanie, poprostu zastraszająco konserwatywna i uważa to niejako za naruszenie swych praw i przywilejów, jeżeli przedmiot wykładany przez dziesiątki lat w jednym kierunku ma być nagle wykładany w sposób nieco odmienny.

Zdaje mi się jednakowoż, że po pewnym czasie zdołam przekonać Panów o korzyściach tej reformy i że wówczas Panowie sami w tym kierunku dążyć będziecie tak, iż mój program, mam nadzieję, nie pozostanie tylko programem. A więc liczę na współudział Panów. Proszę, nie zawiedźcie mnie Panowie!

II. W sprawie płodności kobiet z włókniakami macicy.

Odpowiedź

Dra Aleksandra Rosnera

na uwagi

Dra Józefa Kadyiego.

Uwagi Szan. kolegi Dra Józefa Kadyiego skierowane przeciwko mojemu prawie wyłącznie statystycznemu artykułowi: *O płodności kobiet mających włókniaki* dowodzą, że nawet cyfry nie dają w medycynie pewności i mogą być w dwojaki sposób tłómaczone. Naturalnie, ażeby dojść do rozmaitych wyników, wychodząc z jednej statystyki, trzeba iść dwiema drogami rozumowania. Dwiema drogami szliśmy też niewątpliwie kol. Dr. Kadyi i ja. Zastanowienie się nad tem, która z nich lepsza i pewniejsza i do prawdziwego celu wiedzie, jest celem mojej dzisiejszej odpowiedzi.

Zebrawszy 193 przypadków włókniaków, wykazałem, że 180 z nich, t. j. 93·3% było u kobiet zamężnych, względnie takich niezamężnych, które rodziły a tylko 13, to jest 6·7% u panien i oświadczyłem, że „cyfry te przemawiają wyraźnie przeciw hipotezie Cohnheima“, jakoby włókniaki występowały ze szczególnem upodobaniem u starych panien *(mit besonderer Vorliebe gerade bei alten Jungfern).*

Kol. Kadyi czyni mi już tu zarzut twierdząc, że taka statystyka nie dowodzi niczego i że „trzebaby koniecznie stwierdzić, że n. p. u tysiąca kobiet znajdziemy więcej włókniaków macicy aniżeli u tysiąca starych panien“ i bez żadnych zastrzeżeń, ale i bez żadnych dowodów dodaje: „A tak z pewnością nie jest“. Otóż nie myślę wcale oponować przeciw temu, że taka statystyka byłaby najlepsza i najpewniejsza; ma ona tylko jednę wadę, że jest niewykonalna. Ba! gdyby wszystkie bez wyjątku panny i kobiety można było zbadać za życia lub choćby sekcyonować po śmierci, to rzecz byłaby już dawno wyjaśniona i nie byłoby owego, tyle lat ciągnącego się sporu, w którym po jednej stronie są Cohnheim i jego poplecznicy, jak Schuhmacher (z kliniki bazylejskiej), po drugiej Winckel, Schröder, Hofmeier i wiele innych powag klinicznych. Jednak pogódźmy się z tą okolicznością, że takiej statystyki nie ma i starajmy się stworzyć inną, nie tak idealnie dobrą, ale przynajmniej wykonalną. Tą drogą poszła przeważna ilość kliników i z materyałów klinicznych powstały statystyki Winckla, Schrödera, Hofmeiera, Meyera, Gusserowa, Michelsa a w końcu z kliniki krakowskiej moja nie największa, ale o tyle ciekawa, że okazuje najjaskrawsze różnice w cyfrach. Wszystkie te statystyki potępia kol. Dr. Kadyi, ale mimo to opiera się na nich i dochodzi do rezultatów przemawiających za teoryą Cohnheima. To już nie polemika między kol. Dr. Kadyiem a mną, tylko między nim a wszystkimi tymi, którzy szli tą drogą rozumowania. Nie chcę się tu zasłaniać powagami, ale przecież muszę nadmienić, że Schröder [1]), opierając się na tych samych, ba nawet mniej dobitnych cyfrach, mówi „nie niepłodność prowadzi do powstawania włókniaków, ale włókniaki sprowadzają często niepłodność“ *(nicht die Sterilität führt zur Bildung von Myomen, sondern die Myome haben häufig Sterilität in Gefolge)* a Hofmeier [2]) w ostatnich czasach, zastanawiając się nad tem, pisze: „mojem zdaniem, nie można w ogóle wykazać żadnego związku przyczynowego między temi funkcyami części rodnych kobiecych (spółkowanie i płodzenie) a włókniakami“.

Jakież inne statystyki mogłyby na naszą kwestyę rzucić pożądane światło? Zapewne możnaby, zapożyczywszy cyfr ze statystyk państwowych powiedzieć: w tem a tem państwie, kraju lub mieście jest tyle a tyle kobiet zamężnych i matek, n. p. między 35. a 40. rokiem życia a tyle panien w tymże samym wieku; z takiem zestawieniem możnaby porównać statystykę lekarską tegoż państwa, kraju lub miasta wykazującą, ile panien a ile mężatek **zgłosiło się** z włókniakami macicy. Może w ten sposób zbliżylibyśmy się więcej do prawdy. Ale i taka statystyka nie zadowolniłaby nas w zupełności, bo znowu nie wiedzielibyśmy, ile panien w tym państwie, kraju lub mieście nie zaspakaja popędu płciowego. A takie zestawienie rzeczywiście istnieje, autorem jego jest Routh [3]); wykazuje ono, że liczba zamężnych (między 35. a 40. rokiem życia) jest 3·7 razy większa od liczby w tym samym wieku będących niezamężnych a włókniaki występują 4·4 razy częściej u zamężnych, niż u niezamężnych. Przypuściwszy nawet, że pewna ilość panien nie zgłosiła się wcale do lekarza, musimy i tę statystykę uważać za sprzeciwiającą się hipotezie Cohnheimowskiej.

W końcu pozostają i inne sposoby cyfrowych rozumowań. Można n. p. obliczyć ilość procentową włókniaków u wszystkich zgłaszających się do ginekologa **zamężnych** kobiet a z drugiej strony tę samą cyfrę odsetkową odnoszącą się do **panien**. Takie zestawienie Simsa wykazało, że na 100 zgłaszających się panien miało aż 25 włókniaki, gdy u zamężnych cyfra ta jest nieporównanie mniejsza. Ale czyż to kogo zadziwić może? Z czemże więc mają się zgłaszać panny (w ścisłem tego słowa znaczeniu) do ginekologa? *metritis et endometritis*, *retroversio et retroflexio*, *descensus et prolapsus uteri*, *inversio vaginae*, *gonorrhoea* z całą swoją rozliczną lokalizacyą, *carcinoma cervicis*, *sterilitas*, *fistula urinario-genitalis*, *ruptura perinaei*, *laceratio cervicis*, te cierpienia stanowiące, co najmniej $^{8}/_{10}$ chorób leczonych przez ginekologa, są albo wyłącznie albo prawie wyłącznie cierpieniami kobiet zamężnych. Cóż pozostaje dla panien! *fibromyomata uteri*, *neoplasmata ovariorum*, *stenosis colli*, *anteflexio*, *haematokolpos* a poza tem *rarae aves*.

Ale pozostawmy te kwestye statystyczne na uboczu i przejdźmy pokrótce do innych zarzutów.

---

[1]) Handbuch d. Krank. d. weibl. Geschl. 1886. s. 219.
[2]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XXX. 1894. s. 212.
[3]) Routh, Gusserow: Neubildungen des Uterus s. 40.

Kol. Kadyi mówi: „gdy tymczasem panna długo się waha i w skutek tego wahania stanowi często materyał sekcyjny“. Na to odpowiedzieć muszę, że tylko te osoby stanowią materyał sekcyjny, które się niezbyt długo wahają i do szpitala lub kliniki zgłaszają. Poza szpitalem i klinikami tylko więzienia, sąd i policya dostarczają materyału sekcyjnego. Wyzyskanie tego materyału rozumiałbym w zupełnie inny sposób. Anatom patologiczny może łatwiej rozpoznać zmiany i wykazać włókniaki tam, gdzie ich lekarz nie wyśledził i o tyle materyał sekcyjny niewątpliwie jest cenniejszy od klinicznego.

W dalszym ciągu swego polemicznego artykułu zwraca się kol. Kadyi przeciw moim cyfrom dowodzącym, że płodność u kobiet, mających włókniaki podśluzowe jest większa niż u tych, które mają inne włókniaki a nawet, niż u kobiet zdrowych.

Że jest większa u kobiet z włókniakami podśluzowymi, niż u innych z innymi włókniakami, nie przeczy i przeczyć nie może. Tu 2·8 porodów na jedną, tam 5·4.

Dlaczego tak jest, starałem się znowu wyjaśnić cyframi i doszedłem do przekonania, które wyraziłem w słowach: „one miały dlatego więcej dzieci od innych, bo miały na zastępowanie i rodzenie więcej czasu; one były dłużej zdrowe od innych“.

Co się tyczy spostrzeżenia, że kobiety z włókniakami podśluzowymi miały więcej dzieci, niż kobiety zdrowe, to wiem, że mógłby mnie spotkać poważny zarzut, którego właśnie kol. Kadyi mi nie czyni, to jest, że porównywam płodność naszych kobiet chorych z płodnością zdrowych Niemek z cesarstwa niemieckiego Uczyniłem to, ponieważ nie sądzę, żeby ztąd powstać mogła jakaś większa pomyłka. Mimo to byłem na tyle ostrożny, że nie wysnuwałem ztąd żadnych, daleko idących wniosków. Powiedziałem wyraźnie, że cyfy moje są zamałe i zamało jaskrawe, żeby mogły na kwestyę tę rzucić pożądane światło; z tem słabem światłem bałem sie poprostu wejść „w ciemne dziedziny etyologii włókniaków i nowotworów w ogólności“. Daleko śmielej czyni to kol. Kadyi, jednak muszę otwarcie powiedzieć, że bynajmniej sprawy nie rozjaśnia. I nie dziw, mamy tu bowiem do czynienia z rzeczą nader zawiłą, wobec której czysto teoretyczne rozumowanie, nie poparte cyframi lub innymi dowodami, nie może nas daleko doprowadzić. Ale nie chcę znowu przeczyć temu, że czysto teoretyczne kombinowanie musimy nieraz stósować w przypadkach, w których nie mamy pewnych podstaw. Wtedy jednak śmiało można żądać, żeby przynajmniej premisy, z których się wychodzi, były na pewne stwierdzone. A tego nie mogę powiedzieć o premisach kol. Kadyiego. Jedna z nich brzmi: „ciąży, jako sprawy fizyologicznej nie można uważać za bodziec drażniący w znaczeniu patologicznem“. Zdanie to nie wydaje mi się słusznem. Pomijając już nudności i wymioty u ciężarnych, które przecież są czemś patologicznem, wywołanem przez coś fizyologicznego, chcę tylko przypomnieć szybki wzrost raków i włókniaków podczas ciąży a co najważniejsza, niewątpliwą cyframi wykazaną skłonność kobiet, które dużo rodziły, do rozwoju raka szyi macicy. Nie chcę już wspominać o osteomalacyi, pogarszającej się wyraźnie w każdej ciąży i o żółtaczce nieżytowej, która w ciąży i pod jej wpływem przebiega tak fatalnie!

Druga premisa polega na tem, że Szan. autor twierdzi, że zarodek embryonalny, spoczywający niedaleko błony śluzowej a więc podśluzowy „zużywa całą swoją energię podczas ciąży“ w przeciwieństwie do zarodków podsurowiczych. Wynikałoby z tego, że w warstwie mięsnej podśluzowej odbywa się żywsza przemiana materyi, niż w podsurowiczej, na co wcale nie ma dowodu. Jakżeżby wtedy można było wytłómaczyć rozwój późny włókniaków podśluzowych szyi, której błona śluzowa ani w dziesiątej części nie odgrywa w ciąży tej roli, co błona śluzowa trzonu?

Że opierając się na tych mylnych premisach, dochodzi Szan. kol. Kadyi do błędnych konkluzyi, łatwo pojąć. Ta konkluzya brzmi: „że póki ciąża się często powtarza, nie znajduje (zarodek) pobudki do samoistnego wybujania w formie włókniaka, aż dopiero w menopauzie“. To właśnie nie jest prawdą, gdyż włókniaki nigdy, lub prawie nigdy nie rozwijają się w menopauzie a Gusserow[1]) pisze, że nie znany jest dotąd przypadek, w którymby włókniak powstał lub znacznie urósł po menopauzie.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Zestawmy główniejsze zarzuty, które naszem zdaniem wystarczają do wykazania niedostateczności powyższych dowodów faktycznych, przemawiających rzekomo na korzyść łożyskowego zarażenia się matki kiłą od płodu:

1) w wielu przypadkach objawy chorobowe dostrzegane u matek nie były dość charakterystyczne, iżby wypadało uznawać je za niewątpliwe oznaki kiły, n. p. w przypadkach Hutchinsona najczęściej wzmiankuje się o wychudnięciu, niedokrewności, wypadaniu włosów i t. p. objawach, które niekoniecznie mogły być kiłowymi. W 17-tu przypadkach Hutchinsona oraz w przypadku Apolanta u matki nie występowały nawet wcale objawy podejrzane; Engel zaś wspomina o nieokreślonych bólach nerwów, mięśni i kości, na które uskarżały się matki, noszące w swem łonie płód zakażony.

2) W długim szeregu przypadków, w których u matek zapłodnionych przez kiłowych mężów dostrzeżono w ciąży niewątpliwe objawy kiły, ze względu na charakter i cechy odnieść należało je do rzędu nawrotowych postaci kiły; mianowicie były to najczęściej ściśle do pewnych okolic ciała ograniczone zmiany w skórze i błonie śluzowej, właściwe późnemu okresowi drugorzędnej kiły, niekiedy zaś były to trzeciorzędne owrzodzenia. W obec tego więc mamy prawo przypuścić, iż w podobnych przypadkach kiła matki była dawnego pochodzenia, pierwsze zaś objawy ogólnego zarażenia występowały u niej przed 1—2 laty a więc przed zajściem w ciążę.

3) W niek.órych przypadkach (Didaya, Delora, Couturiera, Rodeta, Fourniera i t. d.) płodu wcale

[1]) Neubildungen des Uterus s. 39.

nie oglądano a więc wcale nie wiadomo, czy miał on kiłę? jeśli zaś kiła płodu była wątpliwą, nie możemy wcale twierdzić, że matka zaraziła się przez łożysko.

4) W innych przypadkach (Bryanta, Didaya, Hutchinsona) nietylko nic nie wiadomo o stanie zdrowia płodu, lecz nawet brakuje danych, któreby pozwalały powziąć podejrzenie co do kiły ojcowskiej; niepodobna więc tu dopatrzeć się związku przyczynowego pomiędzy objawami kiłowymi u matki a stanem zdrowia płodu i ojca.

5) W wielu przypadkach objawy ogólnego zarażenia kiłowego u matek, zapłodnionych przez kiłowych mężów, występowały wkrótce po zajściu w ciążę (przypadki Didaya, Maigrota i Rodeta); nie ma więc podstawy dla przypuszczenia, iżby zarażenie matki nastąpiło przez obieg krwi w łożysku.

6) W żadnym z przypadków rzekomego zarażenia się matki kiłą od płodu niepodobna wyłączyć możliwości bezpośredniego zarażenia się matki w inny sposób.

Ten zarzut uważamy za stósowne wyjaśnić dokładniej, oraz poprzeć go odpowiednimi dowodami, do czego nas zmusza ta okoliczność, iż obrońcy teoryi wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu uważają brak pierwotnej zmiany u matki jako główny dowód przemawiający na korzyść teoryi *choc en retour*.

W przeważnej liczbie przypadków badano chorych dopiero po wystąpieniu ogólnych objawów kiły; poprzedni zaś stan zdrowia znano jedynie z opowiadań chorych osób otaczających; najczęściej wzmiankuje się o tem, że matka była do ostatniego czasu zdrową i nie miała pierwotnych objawów. Lecz można je było łatwo przeoczyć!

Możliwości niedostrzeżenia pierwotnej zmiany kiłowej nie opieramy bynajmniej jedynie tylko na przypuszczeniu, lecz dowodzimy jej wieloma okolicznościami, na które już oddawna zwrócono uwagę (Lallemand[1]), Ricord[2]), Sigmund[3]), Weinberg[4]), Jumon[5]), Fournier[6]) itd.). Fournier zwraca uwagę, iż brakuje wiadomości z anamnezy o pierwotnych objawach kiły najczęściej się u kobiet lub osób należących do najniższych warstw społecznych.

Jak już o tem nadmieniliśmy, zwolennicy teoryi *choc en retour* powołują się między innemi i na tę okoliczność, iż w przypadkach przez nich dostrzeganych nie znajdowano żadnych śladów pierwotnej zmiany kiłowej u matek. Jednak wynik ujemny badania, stwierdzony dopiero wtedy, gdy u matki już się pokazały objawy ogólnego zakażenia, nie może mieć doniosłego znaczenia i bynajmniej nie jest dowodem zarażenia się matki przez łożysko; wiadomo już oddawna, iż u kobiet pierwotne objawy kiłowe cechują się najczęściej przebiegiem bardzo łagodnym a więc łatwo mogą przejść niepostrzeżenie, nie wywołując żadnych dolegliwości (Ricord[7]), Baerensprung[8]), Miehr[9]), Engelstedt[1]), Trousseaux[2]), Sigmund[3]), Baumler[4]), Müller[5]), Cant[6]) i t. d.).

W niektórych przypadkach kiły u kobiet pierwotną zmianę można przeoczyć nietylko wtedy, gdy znajduje się w okolicach ciała ukrytych, lecz nawet, gdy jest na zewnętrznych częściach rodnych. Bardzo często pierwotny objaw występuje u kobiet w postaci mało widocznej nadżerki, o której wkrótce chore zapominają. W innych znów przypadkach powstaje niewielka grudka lub blaszkowate stwardnienie, które łuszczy się, nieulegając wcale owrzodzeniu; nietylko więc chora, ale często nawet i lekarz łatwo może przeoczyć podobne zmiany.

Na tej podstawie można przypuszczać, iż w wielu przypadkach, przytoczonych na poparcie teoryi *choc en retour*, przeoczono pierwotną zmianę kiłową.

Pierwotne objawy w niezwykłych miejscach, oraz w jamach ciała (w ustach, przełyku, nosie, otworze stolcowym, w pochwie, na ustach macicznych i t. d.), jeszcze łatwiej mogą być niedostrzeżone lub też niewłaściwie rozpoznane. Zdarza się to najczęściej wtedy, jeśli pierwotna zmiana znajduje się w okolicach ciała nie łatwo dostępnych dla oka, n. p. w głębi pochwy i na szyjce macicznej. Dopiero niedawno dowiedzieliśmy się o tem, iż pierwotny objaw może znajdować się w głębi pochwy, mianowicie od zastósowania wziernika macicznego do badania chorych wenerycznych, co nastąpiło w 1830 roku. Z dawniejszych autorów Fricke[7]), Ricord[8]), Hauck[9]) i Bonorden[10]) nawoływali do posługiwania się wziernikiem macicznym do badania kobiet kiłowych. O ile nam się wydaje, Ricord (l. c.) pierwszy zwrócił był uwagę na to, iż owrzodzenia weneryczne i kiłowe mogą mieścić się na szyjce macicznej Baumés[11]) w swym podręczniku powiada, iż owrzodzenia szankrowe części pochwowej macicy (*os tincae*) są daleko częstsze, niż to w ogóle przypuszczają. Huguier[12]), Ingarden[13]) i Hölder[14]) nadmieniają też o szankrach macicy; ostatni zwraca uwagę, iż bardzo często się je przeocza. Pomimo to długo jeszcze potem nie zajmowano się tą sprawą w podręcznikach chorób kiłowych i kobiecych; dopiero od pojawienia się monografii Schwartza[15]) datuje się zwrócenie baczniejszej uwagi syfilidologów na owrzodzenia kiłowe części pochwowej macicy. Wkrótce po ogłoszeniu pracy Schwartza pojawił się w literaturze cały szereg spostrzeżeń w tej mierze, podanych przez Kohna[16]), Hen-

[1]) Archiv. für Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 3. str. 418.
[2]) Clinique iconograph. de l'hôpital des vénériens. Pl. V bis; Obs. I. texte str. 2.
[3]) Schmidt's Jahrbücher 1869. 7. str. 38.
[4]) Mittheil. aus d. Wiener Doktor. Colleg. 1879. V. 1.
[5]) Etudes sur les Syphilis ignorées. Paris. 1880.
[6]) Leçons sur la Syphilis particulèrement chez les femmes. Paris. 1881. str. 754—758.
[7]) Traité des mal. vénériennes. Paris. 1838. str. 602—603.
[8]) Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. str. 12.
[9]) Mittheil. aus d. syphilis. Abtheil. zu Würzburg. 1861. s. 59.

[1]) Die constitutionelle Syphilis, Würzburg. 1861. str. 2—3.
[2]) Clinique médicale. Paris. 1862. str. 672.
[3]) Viertelj. f. Dermatol. und Syphilis. 1877. ½ str. 10.
[4]) Ziemssen's Handbuch. (Syphilis) — II. Aufl. 1878. str. 49.
[5]) Grundriss der Pathol. und Ther. der venerischen Krankheiten. II Aufl. Leipzig 1884. str. 81.
[6]) Medic.-chirurg. Transactions. LXX. 1887. str. 169; Arch. f. Dermat. 1889. 4. str. 596.
[7]) Rust's Magazin. 1830. XXXIII. 2.
[8]) Gaz. médic. de Paris. 1833. Janvier.
[9]) Rust's Magazin. 1840. LVI. 1.
[10]) Syphilis. Berlin. 1834. str. 238.
[11]) Behrend's Syphilidologie. 1842. IV. 3. str. 414—415.
[12]) Tamże 1843. V. str. 593.
[13]) Syphilidologie. Wien. 1845. str. 43—45.
[14]) Lehrbuch der venerischen Krankheiten. Stuttgart. 1851. str. 299 i 311.
[15]) Etude sur les chancres du col utérin. Paris. 1873.
[16]) Die Syphilis während der Initial-Periode und Frühformen. Wien. 1875. str. 68.

rego[1]), Klinka[2]), Razumowa[3]), Mracka[4]), Glücka[5]), Gongora[6]), Preisa[7]), Dolérisa[8]) i Golliarda[9]).

Według zgodnego zdania tych autorów pierwotne owrzodzenia szyjki macicznej cechują się łagodnym przebiegiem, goją się rychło i przeważnie nie pozostawiają żadnych wyraźnych śladów; łatwo je przeoczyć jeszcze i z tej przyczyny, że zwykle nie towarzyszy im wcale obrzęk gruczołów limfatycznych pachwinowych (Preis). Z tego więc względu łatwo można przypuszczać, iż w niektórych przypadkach zaraża się od płodu; chociaż chore matki nie dostrzegły żadnych objawów przed wystąpieniem ogólnego zakażenia, istniało poprzednio pierwotne zajęcie szyjki macicznej, lecz je przeoczono. W kilku przypadkach Hutchinsona dostrzeżono u matek w początku białe upławy; może zależały one od pierwotnego owrzodzenia części pochwowej macicy (Kohn l. c str. 31—33). Łagodny przebieg pierwotnych owrzodzeń szyjki macicznej jest także powodem, iż niekiedy lekarz, badając chorą w chwili wystąpienia ogólnych objawów, nie dostrzeże żadnych śladów pierwotnej zmiany kiłowej.

W rzadkich przypadkach pierwotny objaw znajduje się u kobiet w pochwie; podobne spostrzeżenia ogłosili: Venot[10]), Klink[11]), Binet[12]), Gardillon[13]), Bockhardt[14]), Büchler[15]) i Glastein[16]). Pierwotna zmiana może wtedy pozostać niedostrzeżoną; w przypadku Klinka n. p. chora nic nie wiedziała o znajdującem się u niej w pochwie owrzodzeniu kiłowem.

Nie ulega więc wątpliwości, iż pierwotną zmianę kiłową u kobiet, niekiedy znajdującą się w głębi pochwy łatwo można przeoczyć; wobec tego wolno przypuszczać, że u ciężarnych kobiet punktem wyjścia zarażenia kiłowego ustroju bywa nieraz pochwa lub część pochwowa macicy.

Należy też nadmienić, iż pierwotny objaw u kobiety może niekiedy znajdować się jeszcze głębiej, mianowicie zaś w szyjce macicznej; dotąd wszakże nie opisano ani jednego niewątpliwego przypadku podobnego. Żeby zaś mogło ono wydarzyć się, potrzeba zapewne szczególnie sprzyjających temu okoliczności (długie prącie, otwarcie ujścia macicznego podczas spółkowania, pierwotny wrzód w cewce moczowej u mężczyzny). To przypuszczenie wypowiedział już dawniej Aubert[17]), powtórzył zaś je później Lang[18]); inni jednak syfilidologowie nie zwrócili na to uwagi. W podobnych przypadkach zakażenie może nastąpić za pośrednictwem zakażonego nasienia. Że pierwotny objaw w jamie macicznej bardzo łatwo i prawie zawsze musi ujść uwadze, o tem trudno chyba wątpić.

Rozpatrzywszy kazuistykę w kwestyi wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu, przekonaliśmy się iż wcale ona nie udowadnia teoryi *choc en retour*. Nastręcza się tu jeszcze jedno pytanie, czy objawów powrotnej postaci drugorzędnej kiły, spostrzeganych zwykle u matek jako pierwsze oznaki choroby, nie poprzedzały inne zmiany swoiste, które uszły uwadze? W odpowiedzi musimy przytoczyć, iż bardzo często się wydarza tak łagodny i przemijający przebieg pierwszej osutki kiłowej, iż ją bardzo łatwo mogą przeoczyć nietylko chorzy, lecz i nie bardzo uważni lekarze. Wypada więc przypuścić, iż w niektórych przypadkach pierwsze objawy ogólnego zakażenia mogą ujść uwadze kobiet zapłodnionych przez kiłowych mężów, późniejsze zaś objawy natomiast rozpoznaje się mylnie jako pierwsze oznaki kiły.

Z kolei rozpatrzmy teraz krytycznie teoretyczne zasady, na których opiera się teorya wstecznego zarażenia się matki kiłą (Hutchinson, Diday, Fournier). Według poglądów ich zarażenie się matki od płodu następuje powoli i stopniowo; przyrzut kiłowy przenika do ustroju matki nawrotami i w małej ilości i dopiero po upływie kilku miesięcy jest w stanie wywołać widoczne zmiany, właściwe kile. Takie przewlekłe i stopniowe zakażenie ustroju macierzyńskiego trudno pogodzić z ustalonemi już w nauce pojęciami i faktami, tyczącymi się istoty przyrzutu kiłowego i działania jego na ustrój. Mnóstwo doświadczeń i spostrzeżeń wykazało, iż ustrój ulega zawsze raz zakażeniu kiłą z chwilą dostania się doń, chociażby najmniejszej ilości przyrzutu chorobowego, właściwe zaś kile objawy występują dopiero po upływie pewnego, określonego czasu (okres wylęgania). Następnie wiadomo, iż przyrzut kiłowy nie należy do związków chemicznych, których siła i stopień działania mogłyby zależeć od ilości jadu, lecz że jestto substancya żywa i uorganizowana (*contagium vivum*), składająca się zapewne z drobnoustrojów chorobotwórczych, oraz toksyn, t. j. wydzieliny z nich powstałej; a więc siła i stopień działania przyrzutu kiłowego na ustrój zakażony nie zależy od ilości jadu, lecz pozostaje z jednej strony w stósunku bezpośredniej zależności od zdolności przyrzutu do rozmnażania się, z drugiej strony w stósunku odwrotnym do stopnia odporności samego ustroju.

Z powyższego więc wynika, iż przebieg i charakter choroby zakaźnej nie zależy od większej czy mniejszej ilości przyrzutu, który dostał się do ustroju w chwili zarażenia, lecz że będą one jednakowe, jeśli przyrzut chorobowy nie znajdzie w ustroju przeszkody do dalszego rozwoju i rozmnażania się. Jeżeli przyrzut kiłowy przenika od płodu do obiegu krwi matki, jak to utrzymują Hutchinson i Diday, tembardziej powinien wtedy odrazu zakazić cały ustrój matki i wywołać wkrótce wybuch ogólnych objawów; następnie zaś, jeśli matka, będąc poprzednio zdrową, zarazi się podczas pierwszej ciąży od płodu, to ustrój jej, stawszy się już kiłowym, powinien nabyć zupełnej odporności względem kiły a więc nie może wcale ulegać powtórnemu lub nawet kilkakrotnemu zarażeniu się od płodu podczas następnych ciąży. A jednak Hutchinson i zwolennicy jego teoryi utrzymują, iż u matek, noszących w swem łonie płód kiłowy, podczas każdej ciąży następuje powtórne zarażenie; przypuszczają też oni stopniowe nagromadzenie się jadu kiłowego w ustroju matki, wskutek czego wreszcie mają u zaka-

[1]) American Journal of Syphil. 1874. October. str. 346—348.
[2]) Pamiętnik Tow. lek. Warszawskiego. 1880. 1. str. 114—136; Viertelj. f. Dermat. 1876. 4. str. 542—588.
[3]) Viertj. f. Dermat. und Syphilis. 1880. 4. str. 517—528.
[4]) Tamże. 1881. 1. str. 47—86.
[5]) Wiener medicinische Presse 1881. 32.
[6]) Voz de Hipocrates. Mexico. 1883. I. str. 161—163.
[7]) Russkaja medicina. 1884. 34. 35. 36.
[8]) Gaz. médicale de Paris 1884. 50.
[9]) France médicale. 1890. I. 15. str. 229.
[10]) Journal médic. de Bordeaux. 1861. 2. ser. Fevrier. str. 63.
[11]) Viertelj. f. Dermat. 1876. str. 552.
[12]) France médicale. 1881. 4. 5.
[13]) Essai sur le chancre du vagin. 1881.
[14]) Monath. f. prakt. Dermatol. 1885. 12. str. 417-421.
[15]) Journal of cutan. diseases. 1890. 5. str. 73—74.
[16]) Medicina. 1891. 15. str. 237.
[17]) Du chanere utérin Thèse Montpellier 1868.
[18]) Vorles. über Pathol. u. Ther. der Syphilis 1895 str. 340.

żonej matki występować odrazu późne objawy z pominięciem wczesnych zmian drugorzędnych. Podobnemu przypuszczeniu najzupełniej zaprzecza kliniczne spostrzeżenie, które poucza nas, iż zarazek kiłowy z biegiem czasu nie potęguje się, lecz ulega stopniowemu osłabieniu, objawy zaś kiły dziedzicznej stają się coraz to łagodniejszymi u potomstwa zrodzonego z kiłowego ojca, t. j. że jeśli pierwszy płód rodzi się nieżywym a drugi przychodzi na świat z poważnemi zmianami kiłowemi, z których wkrótce potem umiera, to u trzeciego dziecka kiła przebiega już łagodniej, a następne potomstwo może nawet nie mieć kiły. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby zakaźne.

Błonica i jej leczenie.

Skreślił

Dr. Jan Landau,

obecnie przy szpitalu św. Anny we Wiedniu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Surowicę wyrabiają dwie fabryki: w Höchst nad Menem fabryka dawniej Meister Lucius i Brüning wyrabia surowicę według Behringa i Ehrlicha, fabryka zaś akcyjna (dawniej Schering) w Berlinie wyrabiała antytoksynę według Aronsona. Sprawozdania lecznicze co do surowicy odnoszą się jednak tylko do surowicy Behringa, fabryka bowiem berlińska wstrzymała wyrób na jakiś czas, gdy padło kilka koni po wstrzykiwaniach. W handlu znajdujemy trzy rodzaje surowicy: Nr. I, w ilości 10 cm.³ przedstawia zwyczajną dawkę leczniczą. Obliczenia Ehrlicha i Behringa wykazały, że dawka ta zawiera 600 jednostek antytoksyn. (Jednostka antytoksyn zobojętnia 10 cm.³ roztworu toksyn błonicy, t. j. jadu przez prątki produkowanego). Nr. więc I., zawierający 10 cm.³ surowicy może zobojętnić 6000 cm.³ roztworu toksyn błonicy. Nr. II. w 10 cm.³ zawiera 1000 jednostek antytoksyn a w 11·5 cm.³ numeru trzeciego znajduje się 1500 jednostek antytoksyn. Numer pierwszy będzie można otrzymywać w wielkiej ilości, numeru drugiego zaś lub trzeciego mniej, mało bowiem zwierząt dostarcza surowicy o tak znacznej ilości antytoksyn. Numeru pierwszego używamy u dzieci poniżej 10 lat w pierwszych 24—48 godzinach choroby i do dalszego leczenia po użyciu numeru drugiego lub trzeciego w cięższych przypadkach. U dorosłych, albo w cięższych przypadkach, leczenie należy rozpocząć numerem drugim lub trzecim i to stosownie do nasilenia choroby używamy w ciężkiej błonicy i późniejszych okresach numeru II-go, w najcięższych zaś i późnych okresach używa się numeru III-go. W ogóle w używaniu surowicy Behringa zasadą jest, że większą dawką nigdy zaszkodzić nie można, lecz zawsze pomódz. Im później rozpoczęto leczenie, tem mniej mamy widoków korzystnego wyniku; jak bowiem wiadomo, wstrzyknięcie surowicy nie usuwa powikłań przez jad błoniczy wywołanych. Co się tyczy wstrzykiwań, robi się je strzykawką Kocha, obejmującą 10 cm.³, z zachowaniem wszelkich przepisów antyseptyki. W klinice prof. Wiederhofera w Wiedniu, gdzie rozpoczęto pierwsze próby w Austryi, wstrzykuje się surowicę w skórę brzucha, inni zaś wstrzykują w skórę grzbietu lub w okolicy lędźwiowej. W wymienionej klinice wstrzykuje się obecnie surowicę strzykawką o tyle zmodyfikowaną, że balonik zagięty jest pod kątem prostym do rurki, igła zaś jest zagięta pod kątem ostrym. W ten sposób zapobieżono dostawaniu się powietrza i obrażeniu dziecka. Reakcyi w okolicy zastrzyknięcia nie dostrzeżono.

Behring, roztrząsając sprawę leczenia swym środkiem na ostatnim zjeździe w Wiedniu, spodziewa się, że śmiertelność, która przedtem dochodziła do 60%, teraz obniży się do 10%; w przypadkach zaś, poddanych leczeniu w pierwszych 24 godzinach, do 5% tylko. Wyniki, które, gdyby przepowiednia sprawdziła się rzeczywiście, prześcignęłyby wszelkie oczekiwania. Ehrlich, współpracownik Behringa, podaje w swej statystyce, że z 40 leczonych surowicą w szpitalu Elżbiety w Berlinie zmarło 6; w tym samym czasie z 40 nieleczonych w tymże samym szpitalu zmarło 18. W zakładzie dla chorób zakaźnych równocześnie z 49 leczonych umarło 6. Z 89 tych przypadków leczonych surowicą 5 zmarło w pierwszych 24 godzinach pobytu w szpitalu, gdyż przyniesiono je w agonii, pozostaje więc 7 przypadków śmierci czyli 8%.

Aronson w Charlottenburgu leczył od Marca do Lipca b. r. 192 przypadków bakteryologicznie stwierdzonych a śmiertelność wynosiła 11%; porównywając wynik ten ze średnią cyfrą śmiertelności w latach poprzednich przedstawia się zmniejszenie śmiertelności o 27%. Temperatura we wszystkich przypadkach spadała szybko, stan ogólny poprawiał się i w żadnym przypadku A. nie był zmuszony do tracheotomii.

Wielkie znaczenie przypisać należy statystyce Rouxa. Rozpoczął on na ludziach badania w *Hôpital des Enfants malades* 1 Lutego i aż do 24. Czerwca b. r. leczył wszystkie przypadki bez względu na okres choroby. Na 448 dzieci leczonych wstrzykiwaniami zmarło 109=24·5%, gdy śmiertelność w odpowiednich miesiącach lat poprzednich wynosiła 51·71%. Że charakter epidemii nie był łagodny, dowodem, że w *Hôpital Trousseau* z 500 dzieci zmarło 316=63·2%. Jeżeli od tych 448 przypadków Rouxa odejmiemy przypadki nie potwierdzone bakteryologicznie jako błonica, pozostaje przecież 26% wobec 51·71%. Co do przebiegu obserwowano, że choroba pod wpływem surowicy trwa krócej, powikłania są rzadkie, a co najważniejsza, w przeciągu 3—5 dni znikają prątki błonicze. W przypadkach zakażenia mięszanego streptokokami, przebieg więc był bardzo ciężki, śmiertelność wynosiła 32·4%, co w porównaniu z śmiertelnością lat poprzednich=87%, stanowi znaczne zniżenie.

Körte, w którego oddziale Vosswinkel przeprowadzał badania, przyznaje, że chociaż początkowo nie zamierzał używać surowicy do leczenia, stanowczo obecnie z powodu za małej ilości limfy odczuwa brak jej w leczeniu.

Watkin Hughes w Anglii na 40 przypadków: w 30 leczonych zwykłymi środkami miał 10 przypadków śmierci; w dziesięciu zaś ciężkich przypadkach zapomocą surowicy leczonych nie było przypadku śmierci.

Pomiędzy wymienionemi próbami nie wspominam o szpitalu w Tryeście, gdzie w porównaniu z śmiertelnością lat poprzednich=65%, obecnie śmiertelność wynosi około 23%; pomijam również daty statystyczne szpitala św. Anny w Wiedniu i polikliniki wiedeńskiej, gdzie szczupła liczba dotychczas leczonych na błonicę dzieci, nie dozwala na stanowcze osądzenie nowej metody leczenia pod każdym względem.

Kilka słów jeszcze poświęcić muszę sprawie szczepienia ochronnego przeciw błonicy: Do wstrzykiwania w celu immunizowania zalecał początkowo Behring jednę dziesiątą część Nra I. surowicy swej. (Obecnie jednakże zaleca jednę czwartą część tegoż Nru). Już na kongresie w Wiedniu na kwestyę szczepienia ochronnego zwrócił uwagę Wassermann z Berlina. Badał on surowicę dzieci zdrowych, które nigdy nie cierpiały na błonicę lub zwyczajne nawet zapalenie gardła, czy ma swoiste własności antytoksyczne wobec jadu błonicy. Przekonał się, że krew indywiduów tych działa często tak wybitnie antytoksycznie wobec jadu błoniczego, że naprzykład 1 cm.³ surowicy z dziesięciokrotną ilością dawki bezwzględnie toksycznej nie działa na morskie świnki. Rozgłosu nabrała sprawa immunizowania po ogłoszeniu lekarza helgolandzkiego, Dra Meviusa, którego badania przyjąć należy z zastrzeżeniem, gdyż bakteryologicznie chorych swych

nie badał; za błonicę jednak uznawał swe przypadki dopiero wtedy, gdy sprawa chorobowa rozszerzała się na nos, krtań lub podniebienie miękkie.

Reasumując więc powyższe badania i to tylko na podstawie tych i na podstawie własnych obserwacyj kilkudziesięciu przypadków sądzę, że nowemu środkowi racyi bytu odmówić nie można. A gdy przeciwnicy leczenia surowicą wskazują na brak skutku w leczeniu tężca (*tetanus*) surowicą, powiada Roux słusznie, że dwóch tych spraw chorobowych zestawiać razem nie można: tężec rozpoznajemy bowiem dopiero wtedy, gdy są już kontraktury a więc organizm już zatruty, w błonicy zaś występują objawy zatrucia po krótszem lub dłuższem trwaniu zmian miejsowych. Jakkolwiekbądź przedstawiać się będą dalsze wyniki leczenia, to już obecnie nie ulega wątpliwości, że dzieci nawet w najcięższych przypadkach błonicy po zastrzyknięciu surowicy są zupełnie swobodne, wejrzenie i zachowanie się ich nie odpowiada nasileniu choroby, czego przy zwykłem leczeniu obserwować nie mogliśmy. Dotychczasowe wyniki zupełnie są zadawalające; dalsze badania wykażą, o ile środek w praktyce da się zastósować.

Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Na powierzchni płynu w kadziach fermentacyjnych tworzy się zrazu przy brzegu ścian kadzi, później na całej powierzchni piana, która następnie przybiera barwę brudnobrunatną i kształt nieregularny, falisty, jakby wielorako nanapiętrzony. Forma ta piany, zwana tworzeniem się kędziorów świadczy, że fermentacya zmierza ku końcowi, niebawem bowiem piana ta się rozdziela i opada na dno kadzi. Tak ubikacye jak i naczynia, w których odbywa się fermentacya, winny być utrzymywane w szczególniejszej czystości, albowiem ma się na celu wyłącznie fermentacyę drożdżowa a więc wyklucza stanowczo wszelkie inne rodzaje kiśnienia, zawisłe od innych drobnoustrojów.

4) W ten sposób otrzymane młode piwo ściąga się do wielkich beczek i przechowuje w piwnicach, które winny mieć stałą i niezmienną ciepłotę. W beczkach tych oczyszcza się piwo skutkiem opadania drożdży; w nich też odbywa się jeszcze powolna, następowa fermentacya przez rozkład pozostałej w piwie maltozy. Z tego wynika, że piwo jest napojem, w którym fermentacya nie jest ukończoną, zatem napojem jeszcze fermentującym. Z beczek wielkich po odleżeniu ściąga się piwo do beczek mniejszych transportowych, z których bezpośrednio czerpie się je dla konsumcyi. Piwo gotowe zawiera: 1) alkoholu 3—5%, 2) gazu kwasu węglowego od 0·1—0·2%, 3) maltozy i dekstryny razem 4—5%, 4) substancyj proteinowych 0·2—0·4%, 5) kwasy organiczne, jak kwas bursztynowy, mlekowy, octowy, propionowy w bardzo małej ilości; kwasy te sprawiają odczyn kwaśny piwa, 6) małe ilości gliceryny, która jest ubocznym produktem fermentacyi, 7) sole, przedewszystkiem fosforany, 8) składniki chmielu, jak olejki, substancye gorzkie i aromatyczne. Podajemy tu skład chemiczny niektórych gatunków piw, wyłącznie zakrajowych i zagranicznych.

W 100 częściach piwa znachodzi się:

	C. g.	wody	alkoholu	wyciągu	Wyciąg składa się: maltozy i dekstryny	istot proteinowych	istot nieorganicznych	stopień zgęszczenia brzeczki	stopień kwasoty	stopień pełności smaku	barwa
Piwo szwechackie [1]) . .	1·0175	90 37	**3·62**	**6·01**	5·28	0·52	0·21	13·25	0·13	71·7	6·3
Piwo Liesingskie . . .	1 0179	90·48	**3·52**	**6 00**	5 34	0·47	0·19	13·04	0·13	70·2	7 0
Piwo pilzneńskie (browar mieszczański) . . .	1.0130	91·56	**3·47**	**4·97**	4·40	0·37	0·20	11·91	0·16	67·0	3·5
Piwo pilzneńskie (browar akcyjny)	1·0128	91·45	**3 72**	**4·83**	4·22	0 41	0·20	12·27	0 17	59·0	4·3
Bok monachijski . . .	1·0206	88·70	**4 20**	**7·10**	6·30	0·56	0·24	15·50	0·18	—	14·3
Piwo monachijskie Salwator	1·0324	85 87	**4 35**	**9·78**	8·83	0 68	0·28	18·48	—	80·0	41·5
Ale	1·0106	89·75	**5·43**	**4 81**	3·88	0·57	0 36	15·67	0·31	—	10·0
Porter	1·0207	86·85	**5·27**	**7·43**	6·20	0·83	0·40	18·70	0 34	—	40·0

Przepatrzywszy dokładnie powyższą tablicę, przekonamy się, że n. p. w litrze piwa pilzneńskiego (z browaru mieszczańskiego) znachodzi się 34·7 gramów alkoholu, 44 gramów maltozy i dekstryny a 2 gramy substancyj białkowatych, w litrze porteru 57 gramów alkoholu, 62 gramy maltozy z dekstryną a 4 gramy substancyj białkowatych, w ciężkiem piwie monachijskiem Salwator 43 gramy alkoholu, 88·3 maltozy z dekstryną a 2·1 gramów substancyj białkowatych.

W litrze porteru, zatem najbardziej odżywiającego gatunku piwa, przeto oprócz alkoholu spożywamy tyle cukru słodowego, ile odpowiada ilości skrobi w bułce centowej i tyle białka, ile mieści się w $^1/_{12}$ części jaja kurzego średniej wielkości. Widocznem jest, że piwo jest napojem wyskokowym, pokaźnie odżywiającym. Zaprzeczyć się jednak nie da, że odżywczą wartość piwa okupuje się bardzo drogo; 63 gramów cukru słodowego bowiem i 4 gramy substancyj białkowatych w formie bułki, względnie w postaci białka jaja kurzego przedstawia wartość zaledwie 1 centa, litr porteru tańszego zaś będzie kosztować nie mniej jak 40—50 ct., ilość zaś piwa pośledniejszego gatunku, mogącego zawierać tę samą ilość istot odżywczych nie będzie kosztować mniej niż 12—15 ct. Również rzecz jasna, że alkohol zmięszany z roztworem cukru słodowego, białka i soli, nadto znacznie roztworzony wodą daleko słabiej może rozwijać swoiste, zgubne działanie na ustrój, niż równa ilość alkoholu w postaci innych napojów wyskokowych użyta, że więc piwo jest napojem wyskokowym względnie najhigieniczniejszym, rozumie się w higienicznej ilości używane.

Przedostatnia rubryka powyższej tablicy uwzględnia tak zwany stopień pełnego smaku, co Niemcy zwykli nazywać *Vollmundigkeit*. Piwa pełnego smaku są te, które

[1]) Rozbiorów chemicznych piw krajowych jak np. okocimskiego, żywieckiego, krakowskiego Johna nie podaję, gdyż nie otrzymałem ich od zarządów browarów.

mają smak niejako klejki, w których przeważa smak słodu nad smakiem składników chmielu. Stopień pełnego smaku mierzy się za pomocą osobnego przyrządu, zwanego wiskozymetrem, na podstawie stopnia przyczepności włoskowatej piwa. Piwa jasne jak piwa czeskie, wiedeńskie, piwo okocimskie i inne jasne krajowe, mają niski stopień pełnego smaku, nie są, jakby Niemiec powiedział, *vollmundig;* piwa zaś bawarskie, n. p. piwo kulmbachskie ma wysoki stopień pełnego smaku. W piwach jasnych przeważa smak chmielu, piwa te są więcej gorzkie; odwrotnie w piwach bawarskich przeważa smak składników słodu. Rubryka ostatnia tablicy skład chemiczny piw podającej, uwzględnia barwę piwa. Barwa piwa przedewszystkiem zależy od ciepłoty, w jakiej słód suszono i od czasu trwania suszenia w suszarniach. Słód suszony dłużej i w wyższej ciepłocie, w części nawet przypalony wyda piwo ciemne i odwrotnie.

Piwo gotowe do konsumcyi winno być zupełnie jasne i przejrzyste, barwa zaś jego powinna być lśniąca, połyskująca, winno mieć prawidłową ilość gazu kwasu węglowego, powinno nalane czy z beczki, czy z flaszki do szklanki wytworzyć na powierzchni pianę białą, mleczną, drobno-bańkową, skupioną i powoli niknącą; piwo tworzące pianę skąpą, grubo bańkową, mdłą, szybko niknącą, jest ubogie w gaz kwasu węglowego, zwietrzałe. Piwo zaś tworzące nazbyt wielką ilość piany, które obficie burzy, nalane do szklanki, jest po prostu zepsute, albowiem odbywa się w niem nieprawidłowo żywa fermentacya następowa, albo czysto drożdzowa, albo, co gorsza od innych drobno-ustrojów zawisła, (niedbale wymyte flaszki lub wymyte wodą nieczystą).

Piwo mętne, mętnawe, nawet tylko opalizujące (to ostatnie z pewnem zastrzeżeniem) jest niehigieniczne i nie powinno się go używać jako wprost niezdrowego. Mętność piwa lub jego zamglenie w różnych stopniach pochodzi przeważnie od nieprawidłowo wielkiej ilości komórek drożdżowych w piwie zawartych. Wprawdzie każde piwo, chociażby najczystsze zawiera i zawierać musi żywe komórki drożdżowe, lecz w miernej ilości, chyba że było bardzo starannie pasteryzowane. Piwo mętne skutkiem nadmiernej ilości drożdży drażni przewód pokarmowy i może wywołać ostry lub przyostry nieżyt żołądkowo-jelitowy a nawykowo używane nieżyt przewlekły. Celem przekonania się o ilości komórek drożdżowych w różnych gatunkach piw niepasteryzowanych i pasteryzowanych, badałem bakteryologicznie piwa butelkowe nadesłane mi po części wprost z różnych browarów. Piwa te wszystkie były jasne i wyglądały zupełnie czysto.

I tak n. p. piwo okocimskie butelkowe (marcowe), niepasteryzowane (zupełnie jasne i czyste) okazało w centymetrze sześciennym 3.000 hodowli drożdży, piwo okocimskie pasteryzowane tylko 200 do 250 hodowli; piwo z browaru Drehera w Klein-Schwechat pod Wiedniem (leżak) niepasteryzowane wydało w centymetrze około 4000 hodowli; piwo z jednego z browarów w Krakowie marcowe wydało około 5000 hodowli, eksportowe zaś 28.000 hodowli (oba niepasteryzowane).

Piwo pilzneńskie (browar mieszczański) beczkowe, nabyte w jednym z handli krakowskich okazało 30.000 hodowli drożdży i kilkadziesiąt hodowli prątka siennego *(bacillus subtilis)*. Piwo zaś pilzneńskie, nabyte w d. 26/9 b. r. w jednym z handlów, dobrze zamglone, lecz przyjęte i pite przez konsumentów, natychmiast badaniu poddane, okazało w centymetrze 36.000 hodowli drożdży i pokaźną ilość hodowli kokków i prątków znajdywanych w wodzie, piwo zaś pilzneńskie butelkowe nabyte w głównym składzie tego piwa w Krakowie 26.000 hodowli. Nakoniec piwo żywieckie butelkowe tak marcowe, jak cesarskie (oba pasteryzowane!) okazało tylko po kilkanaście hodowli; było więc najuboższe w komórki drożdżowe. Może je w wyższej ciepłocie pasteryzowano. Było też zupełnie czyste i lśniące.

Rozumie się samo przez się, że z wyniku małej liczby badań bakteryologicznych, nie można wydawać sądu o piwie, niepodobna też oznaczyć dokładnie największej, możliwej ilości komórek drożdżowych w piwie; podany wynik badania wykazuje tylko, jaka ilość drożdży może się znajdować w piwie sprzedawanem. Częstokroć też piwo wychodzące z browaru zupełnie czyste i jasne, zawdzięcza mętność niewłaściwej manipulacyi sprzedających je, nie przestrzeganiu skrupulatnej czystości przy nalewaniu go do flaszek, przy płukaniu flaszek i t. p. Chcąc zyskać cyfry, dozwalające wydać sąd ściślejszy o piwie pod względem bakteryologicznym, należałoby badania przedsiębrać w samym browarze.

W beczkach przechowywanych w piwnicach kupców, zawsze skutkiem następowej fermentacyi opada pewna ilość drożdży na dno; dlatego też najniższe warstwy piwa są mętne i przedawane być nie powinny. Mimo to w handlach naszych (niektórych) piwo takie podaje się konsumentom. W Niemczech n. p. i w Czechach, gdzie konsumcya piwa jest znaczniejsza i jego znawstwo więcej rozpowszechnione, piwa mętnego kupiec nie przedaje, boby go konsumenci nie przyjęli.

Mętność piwa, raczej zamglenie lekkie lub opalizowanie, pochodzić może także od wydzielenia się substancyj białkowatych; jest to tak zwane zmętnienie glutynowe, n. p. piwo młode, za pospiesznie do natychmiastowej konsumcyi zrobione a przechowane w niskiej ciepłocie mętnieje, opalizuje skutkiem wydzielania się substancyj białkowatych. Gdy jednak próbkę takiego piwa ogrzejemy w rurce probierczej, wyjaśni się rychło. Nadto może być piwo zamglone skutkiem wydzielenia się żywicy lub dekstryny, nakoniec skutkiem rozmnożenia się bakteryi (najczęściej sarcyna).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Chirurgia.

Obaliński. W sprawie zupełnego wykluczenia pętli jelitowej.

Do najświeższych zdobyczy w zakresie chirurgii jamy brzusznej należy zupełne wyłączenie pętli jelitowej. Wprowadzenie tej operacyi jest wyłącznie zasługą chirurgów polskich; pierwszą bowiem taką operacyę wykonał Bałącz, a niezależnie od niego, gdyż jeszcze przed ogłoszeniem jego przypadku, Obaliński.

Przypadek O. tyczy się dziewczyny 24-letniej z gruźlicą kiszki ślepej, którą autor wyciął, a nie mogąc połączyć końca obwodowego jelita biodrowego z końcem dośrodkowym kiszki, wstępującej z przyczyny mocnych zrostów i krótkości kreski przeciął kiszkę wstępującą na jej przejściu w kiszkę poprzeczną, poczem połączył koniec jelita biodrowego z końcem kiszki poprzecznej, kiszkę zaś wstępującą po zaszyciu tak końca dośrodkowego jak i obwodowego zostawił w jamie brzusznej i w ten sposób wykluczył całą kiszkę wstępującą od posuwania kału. Przebieg pooperacyjny bez powikłań tak, iż operowana po 8 tygodniach opuszcza zakład w pełni zdrowia.

Rozważając przypadek tak własny jak i Bałącza, przychodzi O. do przekonania, iż 1) całkowite wykluczenie pętli jelitowej u człowieka nie wywołuje złych następstw. 2) Wykluczyć można część jelita tak zdrowego, jak i chorego a ma to zawsze na celu przywrócić drogę dla treści jelitowej przez odbytnicę. 3) Dla uniknięcia pomięszania dwu operacyj pokrewnych a jednakże różnych, mianowicie wycięcia części jelita *(excisio v. resectio)* i wyłączenia całkowitego *(exclusio totalis)*, należy dla wyłączenia używać innego miana i w tym celu proponuje O. *eliminatio totalis.* 4) Całkowite wyłączenie pętli jelitowej ma w chirurgii większą przyszłość niż częściowe, polegające na wszyciu jednego lub obydwu końców wyłączonej pętli jelitowej w ranę laparotomijną. Tego jest zdania Obaliński nad podstawie pięciu dotychczas znanych przypadków wyłączenia częściowego a mianowicie przypadku Eiselsberga, Hochenegga, Franka, Körtego i swego własnego (operowanego w roku 1892); w przypadkach tych bowiem, z wyjątkiem przypadku Eiselsberga, w którym przyszło do zupełnego zagojenia

się, pozostały przetoki, wydzielające śluz i to, jak w przypadku Obalińskiego i Körtego w takiej ilości, że musiano następowo wyciąć wyłączoną pętlę jelitową. *(Medycyna* Nr. 44. 1894). *Dr. Rutkowski.*

Ginekologia.

Walzberg. **Zmniejszenie oporności ścian macicy.**

W. opisuje trzy przypadki, w których przy badaniu macicy zwykłym zgłębnikiem przebił ją mimowoli z wielką łatwością i mógł wyczuć koniec zgłębnika przez powłoki brzuszne. Wszystkie te przypadki tyczyły się kobiet, u których było wskazanem z powodu mocnego krwawienia po poronieniu wyskrobanie macicy. W jednym z tych przypadków wykonał W. laparotomię i przekonał się, z jaką łatwością można było zgłębnikiem przebić dno macicy. Niezwykłe zmniejszenie się oporności ścian macicy w tych przypadkach odnosi W. do rozmiękczenia warstwy mięsnej skutkiem zatrzymania resztek łożyska. W końcu zwraca W. uwagę na niezwykle doniosłe znaczenie swych spostrzeżeń dla medycyny sądowej. W podobnym bowiem przypadku, w którymby młody lekarz przebił macicę i w ten sposób sprowadził zejście śmiertelne w skutek septycznego zapalenia otrzewnej, mógłby łatwo być obwinionym o błąd sztuki. *Dr. Wachholz.*

Piédecocq. **Nagła śmierć osesków w skutek przerostu grasicy.**

Jak wiadomo, dwojako usiłują wytłómaczyć przyczynę nagłej śmierci u dzieci z przerostem grasicy. Jedno zdanie, upatrujące przyczynę w ucisku na tchawicę i następowem uduszeniu zbił w zupełności Paltauf, drugie, podane przez Seydla, posądza ucisk wywarty na nerwy szyjne, jak nerwy błędne i t. d. przez powiększoną grasicę o wywołanie nagłej śmierci. P. opisuje przypadek, tyczący się oseska przyjętego z powodu *furunculosis* do kliniki Hutinela. Dziecię to zmarło nagle w klinice a przy sekcyi wykazano znaczne powiększenie grasicy, ważącej 16 grm., przekrwienie i rozszerzenie żył szyjnych, mózgowych i zatok żylnych. Komórki boczne mózgu, wodociąg Sylwiusza, czwarta komórka i przewód środkowy rdzenia szyjnego były znacznie rozszerzone i jasnym płynem wypełnione.

Na podstawie tego wyniku sekcyi, upatruje autor przyczynę śmierci w zmianach w mózgu, które wzmagały się zwolna a stale, nie objawiając się za życia.

Śmierć nastąpiła, zdaniem autora, w skutek ucisku, któremu uległ rdzeń przedłużony; ten ucisk zaś był następstwem powiększenia się ucisku śródczaszkowego; ucisk znów śródczaszkowy wzrósł nagle z powodu zaciśnięcia żył szyjnych albo przez pochylenie głowy dziecka wstecz, albo też przez nagły obrzęk przerosłej grasicy, wywołany kaszlem (dziecię zakrztusić się mogło pokarmem przyjętym na krótki czas przed śmiercią). P. podaje nam zatem trzecie zdanie co do niejasnej przyczyny śmierci przy powiększeniu grasicy. *(Ztschrft. f. Medicinalbeamte.* Nr. 20. 1894. *Wachholz.*

Choroby umysłowe.

Freymuth. **Przypadek dobrowolnie zadanego kalectwa.**

Kobietę 22-letnią, z podnieceniem umysłowem po porodzie umieszczono w zakładzie obłąkanych. Z powodu jadłowstrętu karmiono ją przymusowo. Kiedy posługaczka opuściła raz chorą na kwadrans po karmieniu, zastała ją po powrocie w rozpaczliwym stanie. Chora dotknięta ostrem obłąkaniem z hallucynacyami wydarła sobie obie gałki oczne i porzuciła je na ziemię. W tym przypadku, który zakończył się śmiercią, uważa F. dobrowolnie zadane kalectwo za skutek rozpaczy, do jakiej doprowadziły chorą złudzenia wzrokowe. *(Ztschr. f. Psychiatrie.* Tom 51. 1894). *Wachholz.*

Zapiski terapeutyczne.

— Józef Jaworski (w Warszawie): Para jako środek hemostatyczny i aseptyczny przy operacyach na macicy. Autor idąc za radą prof. Sniegirewa (por. Nr. 25. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.), postanowił użyć pary przy mniejszych operacyach na macicy i w celu przekonania się, jak działa gorąca para wodna na krew, puścił z przyrządu inhalacyjnego Siegla (po odjęciu kolanka pionowego a rozszerzeniu cewki parę na zewnątrz wyprowadzającej) parę na skrzep krwi ludzkiej. W jednej chwili pokrył się skrzep, jakby plewką koloru popielatego a przy dalszem działaniu pary na ograniczone miejsce plewka ta grubiała a po minucie doszła do kilku milimetrów grubości.

Po tem doświadczeniu postanowiono przejść do prób na trzech kobietach, u których rozpoznanie było po kolei: 1) *endometritis (decidualis) post abortum et metrorrhagia;* 2) *catarrhus cervicis, ectropium, menorrhoea* i 3) *endometritis chronica, hypertrophia portionis vaginalis, erosiones.*

Parę otrzymywano naprzód z przyrządu Siegla (w sposób już podany zmienionego) a następnie ze sporego kociołka służącego do destylowania wody a manipulowano cewnikiem *au double courant* (Bozemana - Fritscha), dziurkowanym na końcu na kształt sita.

W przypadku pierwszym, gdy po wypłukaniu pochwy i macicy 5% kwasem borowym a następnie wyskrobaniu *(curettement)* wnętrza macicy krwawienie było obfite, wprowadzono po wypłukaniu skrzepów również kwasem borowym poza ujście maciczne cewnik maciczny, z kociołkiem parę wytwarzającym połączony. Para działała przez 50 sekund, ale już po kilku sekundach tego działania począł wypływać przez cewnik płyn ciemno-bronzowy, z początku dość obficie, potem coraz skąpiej. Po usunięciu za pomocą waty płynu z wziernika wprowadzono do pochwy gazę jodoformową, zalecono spokój i zostawiono chorą bez żadnych leków. W następnych dniach przekonano się, że krwawienie ustało zupełnie. W 10 dni po operacyi wydzielina była znów obfitsza, brudno szara, cuchnąca. Powtórzono przeto manipulacyę z parą przez $^1/_2$ minuty a w dwa tygodnie później opuściła chora szpital z wydzieliną w małej ilości i bezwonną.

W przypadku drugim wydzielina była bardzo obfita, za użyciem zgłębnika krwawienie. Po wyjałowieniu pochwy i przepłukaniu macicy 5% kwasem borowym wyskrobano ją w sposób zwykły. Krwawienie było bardzo obfite. Po wypłukaniu skrzepów wprowadzono poza ujście wewnętrzne cewnik maciczny, połączony z kociołkiem wytwarzającym parę. Parę tę puszczano przez $^1/_2$ minuty, poczem bardzo obficie poczęła wypływać krew zmieniona, ciemna. Przekonano się, iż para szybko się skrapla i w ogóle jest wilgotniejsza od użytej w pierwszym przypadku. Skrócono przeto przewód, łączący cewnik maciczny z rurką kociołka i poczęto mocniej ogrzewać kociołek, przez co para stawała się coraz suchszą. Po ponownem wprowadzeniu cewnika do macicy na 30 sekund krwawienie ustało wprawdzie zrazu, odnowiło się jednak wkrótce. Dlatego wyskrobano jeszcze raz szyję maciczną i użyto znów pary przez 15 sekund poza ujściem wewnętrznem, przez 30 sekund poza ujściem zewnętrznem. Krwawienie ustało wkrótce i już się więcej nie powtórzyło. Ponieważ w dalszym ciągu ukazała się znów wydzielina śluzowa, dosyć obfita i dosyć gęsta, przeto użyto jeszcze raz pary i to przez 50 sekund, poczem wydzielina zmniejszyła się co do ilości i stała się wodnistą.

W przypadku trzecim była wydzielina śluzowa obfita a na obu wargach znaczne nadżerki *(erosiones)*, za dotknięciem się łatwo krwawiące. Po wyskrobaniu użyto pary przez $^1/_2$ minuty na wnętrze macicy; na nadżerki nie można było dłużej nad kilka sekund stósować pary, ponieważ rozgrzały się bardzo mocno tak cewnik metalowy, jak i dolna łyżka wziernika Neugebauerowskiego. Przebieg pooperacyjny podobny, jak w dwóch przypadkach poprzednich.

W dwa tygodnie później u tej samej chorej odjęto część pochwową metodą z przed czasów Simsa. Obfite krwawienie ustało rychło za użyciem pary. Zarazem wyskrobano wnętrze macicy i znów użyto pary przez $^1/_2$ minuty. Krwotok już więcej nie pojawił się.

Autor z tych trzech przypadków, jako zbyt drobnych nie wysnuwa wniosków stanowczych; sądzi wszakże, że

w razie sprawdzenia się twierdzeń Sniegiriowa myśl użycia pary jako środka aseptycznego i hemostatycznego rychło przyjmie się i dokona przewrotu w technice operacyjnej.

Z doświadczeń powyższych autora wypada, iż para sucha, przegrzana działa lepiej i pewniej, niż mokra, nasycona i że trzeba starać się o to, by działanie pary można dokładnie ograniczyć do danego miejsca.

W każdym razie twierdzenia Sniegiriewa co do hemostatycznego, aseptycznego i odwaniającego działania pary nie ulegają żadnej wątpliwości. (Osobna odbitka z *Kroniki lekarskiej*. Sierpień 1894).

— Zapisywanie bromoformu. Bromoform zawieszony w wodzie opada tak rychło na dno, iż odmierzenie ścisłe dawki jego jest niemożliwe. Chcąc go przeto przepisywać w mięszankach, n. p. *cum infuso ipecacuanhae*, należy sobie naprzód sporządzić gęstą zawiesinę z równych części oliwy i gumy arabskiej, do niej dodać bromoformu a potem dopiero zmięszać ją z oziębionym naparem ipekakuany. (*Pharm. Ztg.* 84. 1894).

— Z badania przez T. Geuthera rozmaitych win pepsynowych pod względem siły trawiącej wypada, że najlepszem jest esencya pepsynowa Scheringa w Berlinie, po niem idzie sok pepsynowy H. Dallmanna w Gummersbachu a na trzeciem dopiero jest miejscu wino pepsynowe, przyrządzone według przepisu 3-go wydaniu farmakopei niemieckiej.

— W miejsce jodoformu zaleca A. Pick w Nowym Jorku proszek składu:

139) Rp. *Mercurii sublimati* 0·012—0·02
Acidi borici 30·00
Acidi tannici 0·60
Sacchari lactis q. s. ad 60.00
M. f. p.

Sublimat trzeba naprzód należycie utrzeć z cukrem mlecznym a potem dodać resztę. Tannina nie jest koniecznie potrzebną. (*New York Med. Journal* 7. Kwietnia 1894).

— Brodnax zaleca chloral zewnętrznie: w ostrej sapce (*coryza*) pomazywanie oczyszczonej z wydzielin błony śluzowej nosa płynem:

140) Rp. *Hydratis chlorali* 0·50
Olei ricini 15·00

— W ostrem skrzywieniu szyi (*torticollis*) u dzieci zaleca Saint-Germain mazidło:

141) Rp. *Exti belladonnae* 4·00
Ttrae opii 15·00
Olei hyosciami 75·00
MDS. Zewnętrznie.

(*La semaine médicale*. 17. Listopada 1894).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 6. Czerwca 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Obecnych członków 52.

1) Po załatwieniu kilku spraw bieżących przedstawił kol. Obaliński człowieka dotkniętego nader rzadką postacią chorobową, tak zwaną *myositis ossificans*. Chory ten, okazywany już w wielu klinikach i towarzystwach lekarskich niemieckich, jest mężczyzną 29-letnim, którego przeważna część mięśni, z wyjątkiem ściany brzusznej i przednich mięśni klatki piersiowej, tudzież rozrzuconych gdzieniegdzie grup mięśni na kończynach, jest zupełnie niepodatna i twarda jak kamień. Stwardnienie mięśni policzkowych niedozwala na otwarcie ust więcej nad wązką szparę, w skutek czego karmienie jest wielce utrudnione i odbywa się za pomocą zgłębnika. Chodzi ów człowiek z trudnością powlócząc nogi i opierając się na kiju. Godnem uwagi jest i to, iż popęd płciowy u niego jest znacznie rozwinięty.

2) Kol. Kryński okazuje chorego z kliniki chirurgicznej po resekcyi tymczasowej szczęki górnej. Jest to chłopiec 15-letni, który zgłosił się do kliniki z powodu trudności oddychania przez nos, bólu w lewej połowie twarzy i zwiększającego się jej obrzmienia. Badanie wykazało rzeczywiście większą wypukłość górnej części policzka po stronie lewej, niż prawej, nadto jamka skroniowa po tejże stronie pełniejsza, oko lewe nieco wysunięte ku przodowi. Palec wprowadzony przez jamę ustną wyczuwa niewielki guz wchodzący od strony lewej do jamy gardzielowej; badając wziernikiem lewą połowę nosa, widać polipowaty guz wchodzący od tyłu i zupełnie zatykający nozdrza. Wobec danych anamnestycznych rozpoznano nowotwór natury złośliwej, wychodzący z poza szczęki górnej z jamki skrzydło-podniebiennej i rozgałęziający się we wszystkich anatomicznych kierunkach: do jamki skroniowej, do oczodołu, do jamy gardzielowej i do nosa. Guzy tego rodzaju opisał dokładnie pierwszy Langenbeck i podał sposób operowania ich za pomocą tymczasowego wypiłowania szczęki górnej. Metoda ta stanowi rzeczywiście wielkie dla chorych dobrodziejstwo, gdyż, dając możność po resekcyi szczęki dokładnego wydobycia nowotworu, nie sprawia takiego zeszpecenia twarzy, jakie powstaje po stałem usunięciu szczęki górnej. Jednakże cięcie podane przez Langenbecka w kształcie płatu policzkowego, podłużnego z podstawą zwróconą ku nosowi ma tę wadę, że przecina wiele gałęzi nerwu twarzowego i wiele naczyń na policzku; wobec tego użył prof. Rydygier cięcia Nélatona, jak to już zalecał O. Weber. Po przecięciu skóry przecięto dłutem wyrostek nosowy szczęki górnej, dalej dolną ścianę oczodołu, wyrostki czołowy i skroniowy kości licowej, wreszcie wyrostek zębowy szczęki górnej, nadłamując jego przednią ścianę tak, aby uwolnioną szczękę wraz z płatem mięśnio-skórnym odwinąć ku przodowi nazewnątrz. Wtedy mocnemi nożyczkami odcięto przyczep guza w jamie skrzydło-podniebiennej od kości czaszkowych i wydobyto wraz z bocznemi rozgałęzieniami. Miejsce przyczepu do kości wypalono żegadłem Paquelina, poczem wytamponowano *fossa pterygopalatina* gazą, której końce wpuszczono do jamy gardzielowej, i wprowadziwszy wypiłowaną kość na miejsce, zaszyto ranę skórną. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny i po kilku dniach wyjęto gazę przez usta. Rana zagoiła się *per primam* i dziś po kilku tygodniach widać tylko na policzku wązką bliznę barwy różowej, ciągnącą się wzdłuż dolnego brzegu oczodołu i w fałdzie noso-policzkowym naokoło skrzydła nosowego przez rynienkę wargi do ust. Z czasem i ta blizna zblednie i stanie się mniej widoczną.

3) Kol. Korczyński Ludomir miał odczyt p. t. Przyczynek do etyologii zapaleń opon mózgo-rdzeniowych. (Przeznaczony do druku w *Przeglądzie lek.*).

W dyskusyi kol. Ponikło na podstawie doświadczenia swego zebranego podczas urzędowania, jako lekarz powiatowy w Krakowie kładzie nacisk na pewien związek, zachodzący między ospą a zapaleniem opon mózgo-rdzeniowych. Dostrzegł on mianowicie podczas epidemii r. 1893/4, że w miejscowościach, nawiedzonych nagminną ospą jawiło się także zapalenie opon; czasem w jednej izbie równocześnie lub kolejno w odstępie kilku tygodni zjawiał się przypadek *meningit. cerebro-spinalis*, albo też w miejscowości, nawiedzonej przez ospę, po jej wygaśnięciu rozwijała się epidemia zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. Pierwsze przypadki zapalenia opon w gminach wiejskich powiatu krakowskiego powstały w tak zwanych domach czeladnych w obszarach dworskich, domach urągających stanem swym najskromniejszym choćby wymaganiom higieny, które trzeba widzieć, aby módz mieć o nich należyte wyobrażenie. Przypadki, które zrazu podczas epidemii ospy rozpoznawał mówca jako *purpura variolosa*, okazały się potem zapaleniem opon mózgo-rdzeniowych. Wreszcie sądzi mówca, że byłoby rzeczą korzystną zapisywać w przypadkach zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, czy ospa ochronna była szczepioną skutecznie, albowiem wiele okoliczności zwraca uwagę na pewien związek epidemiologiczny obu tych chorób. (Sprawozd. wł.)

Kol. Gluziński przypomina, że jeszcze w r. 1881. miał odczyt w Tow. lek. krak., w którym na podstawie zebranych dat starał się wykazać, jak zapalenie opon mózgo-rdzeniowych epidemicznie szerzyło się z biegiem lat od zachodu ku wschodowi a opierając się na przypadkach obserwowanych do tego czasu w szpitalu św. Łazarza, skreślił również obraz kliniczny i rozmaite postacie tej choroby. Obraz ten dzisiaj jest nam znany tak dokładnie, że do opisu jego trudno coś dodać. Na jeden szczegół pragnie kol. G. zwrócić uwagę, szczegół odnoszący się do białkomoczu (*albuminuria*), który prelegent uważa za

równorzędny z białkomoczem w innych chorobach zakaźnych; tymczasem ma on tutaj inny przebieg i klinicznie inne znaczenie.

Podczas epidemii, która pojawiła się w przeszłym roku w Krakowie a do dziś dnia występuje w przypadkach sporadycznych, można było widzieć, że w wielu razach rozpoczynała się choroba od bólu w okolicach lędźwiowych a wydzielony mocz nawet w kilka godzin po rozpoczęciu choroby zawierał sporo białka — w osadzie nieco ciałek czerwonych i wałeczki szkliste a jeżeli się doda, że chorzy ci zwykle wymiotowali, skarżyli się na mocny ból głowy a przypadów mózgo-rdzeniowych jeszcze nie było, to nie było dziwnem, że w przypadkach tych rozpoznawano często ostrą chorobę Brighta z przypadami moczonicy. Już na drugi lub trzeci dzień wyjaśniała się sprawa, bo albo występowały objawy charakterystyczne dla zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, albo, co ważniejsza, zmieniał się skład moczu, ilość białka malała lub znikała zupełnie a w osadzie nie było już ani ciałek czerwonych ani wałeczków mimo rozwijania się dalszego choroby. Przypadki podobne bardzo częste a kol. G. zwraca uwagę na okoliczności, pozwalające uniknąć błędu w rozpoznawaniu i zastanawia się, jak wytłómaczyć powstanie białkomoczu, odnosząc go do zboczeń w krążeniu nerek, powstałych przez podrażnienie ośrodka naczynio-ruchowego w rdzeniu przedłużonym. Sprawę tę, jak również obraz histologicznych zmian w mózgu i rdzeniu na podstawie badanych przez siebie 4 przypadków, zamierza kol. G. przedstawić na jednem z następnych posiedzeń. (Sprawozdanie własne).

Kol. Kwaśnicki. Statystyka lekarska ostatniej epidemii zapalenia opon mózgo-rdzeniowych została już zestawioną przez fizyka miejskiego, kol. Buszka i wkrótce te zajmujące liczby niezawodnie zostaną ogłoszone drukiem; co do topografii szerzenia się tej epidemii w Krakowie, dopiero zebranie poważnej liczby przypadków miałoby znaczenie sanitarne i naukowe. Jeśli symptomatologia nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych jest wogóle w wysokim stopniu nie jednaka, to już w wieku dziecięcym rozpoznanie bywa czasem nadzwyczaj trudne; pierwowzór książkowy należy u niemowląt do wyjątków. Drgawki i wymioty nie bywają silniejsze, niż przy występowaniu innych chorób, n. p. zapaleniu płuc, osutek i t. d.; jeśli nadzwyczaj wysoka ciepłota (41—42° C) i nieregularne tętno nie ostrzegą, dziecko może zemrzeć, zanim się rozpozna chorobę.

Co do zaraźliwości zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego, raz tylko miał mówca pozory czegoś podobnego, mianowicie: u jednej pani, mieszkającej przy ul. Łaziebnej chorowało dziecko na zapalenie opon, w rodzinie siostry tej pani, mieszkającej przy ul. Szlak, zachorowało również jedno dziecko na tęż samą chorobę; sądzi mówca jednak, że tu nie nastąpiło przeniesienie zarazka z osoby na osobę, lecz, że te dzieci, stykając się z sobą, zaczerpnęły zakażenia z tego samego źródła. Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych nagminne szerzy się, jak się zdaje, w tych samych okolicznościach, co dur brzuszny: widziałem w jednej rodzinie po 2 i 3 dzieci chorych, tak jak to bywa i w durze, ale tam, gdzie nie było żadnego odosobnienia, przenoszenia się choroby z dziecka na dziecko w jednej rodzinie mówca nie widział. W samym Krakowie przekonał się, że niektóre domy epidemia częściej nawiedzała; niemniej niektóre okolice bliższe błoni, Wisły i Rudawy dały większy kontyngens epidemii. Mieszkania parterowe, suterenowe, złe stosunki higieniczne i dyetetyczne, tak jak i w innych chorobach zakaźnych, ułatwiają szerzenie się epidemii. Charakter epidemii nie był tak złośliwy w Krakowie, jak we wsiach położonych w dolinie Wisły, gdzie bardzo często spostrzegano przypadki piorunujące, kończące się śmiercią w paru godzinach. Wogóle zdaje się, iż dobrobyt ekonomiczny i oświata są najlepszymi środkami do zwalczania epidemii zapalenia opon mózgo-rdzeniowych a są to okoliczności zasadnicze dla wszystkich chorób zakaźnych.

Wspomnieć także należy o formach poronnych zapalenia epidemicznego opon mózgo-rdzeniowych. Znane mi dwa przypadki w ciągu bieżącej epidemii, które wśród wybitnych objawów tej choroby, zakończyły się w ciągu kilku dni wyzdrowieniem. W jednym przypadku niebrakowało żadnego przypadu: ciepłota stała 39°.5—40°.0 C., wymioty przeszło 48 godzin niczem niedające się ukoić, ból głowy nadzwyczaj dotkliwy, ból w karku tak wyraźny, że 8-letnia dziewczynka nie mogła obracać głowy, senność, zez, podwójne widzenie, drżenie mięśniowe, oczy otwarte we śnie, zaparcie stolca; w ciągu trzeciego dnia ciepłota zaczęła opadać, czwartego stan był bezgorączkowy, a z nim znikły objawy mózgowe, bardzo wybitne i niewątpliwe. (Sprawozdanie własne).

Kol. Rosenblatt zwraca uwagę na tę okoliczność, że szczególnym trafem pojawia się każda epidemia zapalenia zakaźnego opon mózgowych i rdzeniowych w Galicyi najpierw w mieście Chrzanowie. Tam to pojawiła się ona najpierw w r. 1874, a epidemię tę opisał Dr. Benda, tam też w r. 1879 wystąpiła bardzo silnie, zanim w Maju dostała się do Krakowa, tam też i w roku zeszłym zaszły pierwsze przypadki już z początkiem Stycznia, gdy w Krakowie wykazał mówca pierwszy przypadek dopiero z końcem Stycznia 1893, a w Lutym widział już wiele przypadków z przebiegiem przeważnie śmiertelnym w bardzo krótkim czasie, bo jeden w przeciągu zaledwo kilku godzin. Od Stycznia 1893 r. do dnia dzisiejszego miał kol. R. sposobność widzieć przeszło 120 przypadków u dzieci, najwięcej i najpierw na Kazimierzu i Stradomiu, potem na Podgórzu i w ulicach: Topolowej, Krowoderskiej, Karmelickiej, Pędzichowskiej, Starowiślnej, wreszcie i w samem śródmieściu. Odpowiednią kartę, o jakiej kol. Ponikło wspomina, na podstawie swego materyału już wypracował i w pracy swej, którą wnet ogłosi, uwidoczni. Pokazało się, iż w niektórych ulicach a nawet w niektórych domach bardzo wiele pojawiło się przypadków, często za kilku nawrotami; czasem nietylko w mieszkaniach parterowych, wilgotnych, ale i na wszystkich piętrach. Z reguły jednak spostrzegał kol. R. przypadki te tylko u biedniejszej klasy mieszkańców, w mieszkaniach wilgotnych, niehigienicznie utrzymywanych, bardzo gęsto zaludnionych, szczególnie w notorycznych siedzibach zimnicy. Kilkakrotne przypadki w jednej i tej samej rodzinie nie należały wcale do rzadkości, bezpośredniego przeniesienia z jednego dziecka na drugie nie widział jednak nigdy. Natomiast widział wiele przypadków zapadnięcia dziewcząt do jednej i tej samej szkoły uczęszczających. Przeciwnie, jak kol. Ponikło, miał sposobność widzieć już 16. Marca 1893. bardzo typowy przypadek zapadnięcia dziecka w Chabówce. Co się tyczy rozpoznania, zwraca R. uwagę przedewszystkiem na dwie okoliczności: na nieregularność tętna w samym początku choroby i na tak zwany objaw Kerniga, oba te objawy pozwalały w przypadkach, w których ani skurczu karkowego, ani przeczulicy, ani podwyższenia ciepłoty, ani utraty przytomności nie było, na pewno rozpoznawać zapalenie opon mózgowych. Obok zbyt wygórowanej ciepłoty 41·0—do 41·5° a nawet w jednym przypadku piorunującego zapalenia, 42·3° tuż przed śmiercią widział R. przypadki, rozpoczynające się odrazu z a p a d e m po pierwszych wymiotach i ciepłotą od prawidłowej różną. Już przy sekcyach szpitalnych z r. 1879 miał mówca sposobność dostrzeżenia, iż wypocinę ropną można było wykazać nietylko w oponach samego mózgu i rdzenia, a tu szczególniej w miejscach zgrubienia szyjowego i lędźwiowego, ale także jeszcze i w pochewkach nerwów w dość znacznej długości. (Sprawozdanie własne).

Kol. Jakubowski dodaje słów kilka z powodu wyrażenia się kol. Glużińskiego, iż symptomatologia zapalenia opon mózgo-rdzeniowych jest dziś tak zupełnie dokładnie znana. Z twierdzeniem tem nie może mówca się zgodzić. Zdarzają się przypadki o objawach szczególnie początkowych tak niezwykłych i zagadkowych, że niczem nie przypominają zwykłego początku choroby zapalenia opon, którą rozpoznać można na pewno dopiero w dalszym przebiegu. Tak n. p. w jednym przypadku, który miał mówca w swej obserwacyi, chłopiec kilkunastoletni, zwykle bardzo spokojny i skromny, raptem wracając do domu ze szkoły wskoczył na plantach na trawnik i zaczął zrywać róże. Odprowadzony do domu wkrótce dostał gorączki i wywiązało się zapalenie opon. W drugim przypadku pierwszym objawem choroby u chłopca także kilkunastoletniego było niespodziewane wypróżnienie mimowolne podczas siedzenia przy stole.

Kol. Wachholz wspomina o przypadku *meningitis cerebro spinalis epidemica*, jaki obserwował w zakładzie dla obłąkanych, z przeważającymi objawami mózgowymi, mianowicie z podnieceniem szałowem.

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

Posiedzenie zwyczajne dnia 27. Czerwca 1894 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. — Członków obecnych 20.

---

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Rydygier okazał trzy nowe maski do narkozy eterowej Wanschera, Czernego i Vajna, objaśniając ich użycie.

3) Kol. Raczyński przedstawił fantom Schlossarka, asystenta Wiederhofera, służący do wprawiania się w wykonywaniu intubacyi. Jest to odlew gipsowy popiersia dziecka; jama ustna, gardło i część krtani

odrobione są dość dokładnie, naśladując stósunki topograficzne tak, jak się one przedstawiają na żywem, szczęka dolna ruchoma. Fantomu tego używa profesor Jakubowski do demonstracyi na wykładach i przyznaje mu znaczne zalety.

4) Kol. Bujwid miał zapowiedziany wykład: O przymiotach dobrej wody i jej badaniu ze stanowiska współczesnej higieny (drukowany potem w Nr. 29. *Przeglądu lekarskiego*).

Sekretarz: *Dr. Leon Kryński.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 22. Listopada 1894 r.

— **Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbyło dnia 21. b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem 1) Doc. Dr. Bossowski przedstawił z oddziału prof. Obalińskiego chorego, któremu po złamaniu uda założono opatrunek gipsowy do chodzenia. W dyskusyi przemawiał prof. Rydygier; 2) Dr. Tyszkiewicz podał trzy przypadki ze swej praktyki; 3) Dr. Nowak wyłożył rzecz o formalinie i jej zastósowaniu do utrwalania preparatów anatomicznych i bakteryologicznych. W dyskusyi zabierali głos proff. Kostanecki, Mars i Rydygier; 4) Dr. Haim miał zapowiedziany wykład o wodzie w studni pawilonu chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza i podał przy tej sposobności rezultaty badania bakteryologicznego wielu wód studziennych krakowskich. W dyskusyi zabierali głos: protomedyk Dr. Merunowicz, proff. Bujwid, Domański i Doc. Ponikło.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła w dniu 19. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie zwykłe, na którem po załatwieniu drobnych spraw bieżących oświadczono się na wezwanie Sekcyi prawniczej Rady miasta za wniesieniem zażalenia do Trybunału administracyjnego w sprawie koncesyi prywatnym przedsiębiorcom czyszczenia dołów i kanałów nadać się mającej, nie przychylono się do wniosku urządzenia w Krakowie osobnego zakładu leczenia wścieklizny sposobem Pasteura a to ze względu na znaczne koszta z założeniem i utrzymaniem podobnego instytutu połączone a małą liczbę chorych w samem mieście Krakowie. Odczytano pismo Wydziału krajowego w sprawie oddziału chorób zakaźnych w krakowskim szpitalu św. Łazarza. W r. 1893. zaszczepiono krowianką w Krakowie 2283 dzieci. Koszt szczepienia wyniósł od osoby 7·3 centa. Stan sanitarny miasta jest obecnie bardzo pomyślny a śmiertelność zeszła w ostatnim tygodniu do 23‰. Ostatni przypadek cholery był 6. Października. Duru brzusznego i osutkowego prawie całkiem nie ma, natomiast trafia się płonica i zapalenie opon mózgordzeniowych po wsiach podmiejskich. W końcu poruszył r. m. Dr. Domański sprawę pieczywa w mieście sprzedawanego, używania konserwy wapiennej do wysypywania ulic i placów i potrzebę utrzymywania w porządku chodnika w pewnej części ulicy Kopernika, którą uczęszcza tak wielu lekarzy i uczniów medycyny udających się do kliniki i szpitali. P. Prezydent miasta obiecał wejrzeć w te rzeczy i złemu zaradzić.

— Redakcya berlińskich *Therapeutische Monatshefte* oświadcza na czele listopadowego zeszytu, że ostatnie publikacye w sprawie leczenia błonicy właściwą surowicą nie przyniosły żadnych nowych dowodów na poparcie sprawy i że jeszcze teraz nie można wyrzec stanowczego zdania o korzystnem działaniu przerzeczonego leczenia. Należy przeto rzecz dalej badać i doświadczać; wszakże już teraz widzieć trzeba ograniczenie skuteczności właściwej surowicy w dwóch okolicznościach, to jest, iż po drugim dniu choroby leczenie błonicy nie jest na pewno skuteczne i iż obecność streptokoków, tudzież inne powikłania wpływają niekorzystnie na skutek leczenia surowicą. W każdym razie podrażnienie publiczności w tej sprawie przez dzienniki polityczne, niezawodowe zaszkodziło sprawie.

— Od trzech miesięcy stan sanitarny Paryża jest nadzwyczaj pomyślny; ostre choroby zakaźne wyginęły prawie całkowicie a tygodniowo umiera o 100 osób mniej, niż zazwyczaj. Rzecz ciekawa, że podobnie pomyślny stan sanitarny utrzymuje się również w Londynie i w ogóle w południowo-zachodniej części Anglii, gdzie śmiertelność według dat z lat 1838 do 1883 średnio 20·2‰ spadła obecnie do 14·2‰, wynosząc w miastach 14·9‰ a po wsiach 12.7‰. Z wyjątkiem błonicy zmniejszyła się liczba przypadków wszystkich ostrych chorób zakaźnych.

— O skuteczności seroterapii w błonicy zdawałoby się, że świadczy okoliczność, iż w Paryżu było w Październiku r. b. 205 przypadków tej choroby z 24 przypadkami śmierci i że w szpitalach dziecięcych śmiertelność na błonicę zeszła do 14%.

— W Anglii wziął na siebie wyrabianie surowicy leczniczej przeciw błonicy zakład medycyny zapobiegawczej (*British Institute of Preventive Medicine*), zostający pod sterem znanego Listera i już teraz sprzedaje ową szczepionkę po cenie własnych kosztów, które wynoszą na dawkę od 50 do 70 feników, gdy w Niemczech takaż dawka kosztuje od 5 do 10 marek.

— Że ostrożnymi powinni być lekarze w wydawaniu świadectw i nie wydawać ich dla prostej grzeczności, dowodzi przypadek zaszły niedawno w Paryżu. Marynarz wojskowy zażądał i otrzymał od przełożonego urlop dla odwiedzenia swego wrzekomo umierającego dziadka. Po 8 dniach prosił o przedłużenie tegoż urlopu pod pozorem, że dziadek jeszcze nie umarł. Władzy wojskowej sprawa ta wydała się podejrzaną; zaczęto przeto dochodzić prawdy i dowiedziano się, że ów niby ciężko chory dziadek już od dwóch lat nie żyje. Tymczasem matka żołnierza wystarała się u swego lekarza domowego o poświadczenie, iż dziadek znajduje się ciągle w stanie niebezpiecznym. Na tej podstawie zaskarżono lekarza o wystawienie świadectwa fałszywego a sąd skazał go na trzy miesiące więzienia i 300 franków grzywny.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy wadowicki rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Lanckoronie z roczną płacą 500 złr., bezpłatnem pomieszkaniem, ryczałtem na koszta podróży w kwocie 250 złr. i obowiązkiem utrzymywania apteki domowej. Termin podania się do 16. Grudnia r. b.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 16. b. m. w Kańczudze w 34-tym roku życia Dr. **Konrad Mieczysław Palka**, lekarz miejski. — Dr. **G. Zizold**, profesor bakteryologii we Wydziale lekarskim w Gwatemali. — Dr. **Włodzimierz A. Betz**, wysłużony profesor anatomii w uniwersytecie kijowskim. — Dr. **Rafał Calva**, profesor anatomii w Kartagenie w Kolumbii.

Redakcya otrzymała:

K. Szadek: O stósowaniu przetworów jodowych w przymiocie. (Odbitka z *Pamiętnika Tow. lek. warsz.*)

A. Walentowicz: Przyczynek do powstawania promienicy. (Odbitka z *Przeglądu weterynarskiego*).

Tenże. Z psychologii zwierząt. (Odbitka z *Przeglądu weterynarskiego*).

C. Uhma: O wstrzykiwaniu sublimatu wprost w żyły sposobem Baccellego. (Odbitka z *Medycyny*).

Tenże. Ueber die von Baccelli empfohlenen intravenösen Sublimatinjektionen. (Odbitka z *Archiv für Dermatologie und Syphilis*).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

W skutek reskryptu Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 30. Października 1894. l. 57413. rozpisuje Magistrat miasta Sambora konkurs na posadę sekundaryusza przy szpitalu powszechnym w Samborze z płacą roczną 350 (trzysta pięćdziesiąt) złr. w. a.

Kompetenci na tę posadę mają wnieść do Magistratu miasta Sambora podania najdalej do 1. Grudnia 1894 roku i wykazać:

1) iż uzyskali stopień doktora wszech nauk lekarskich i
2) dotychczasową praktykę.

Magistrat król. woln. miasta.

Sambor dnia 10. Listopada 1894. 158—3—2

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.